FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 234

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Avril 1910, à 1 heure

PAR

Lucien LAMY

Né à Saulnes (Meurthe-et-Moselle)
le 18 Janvier 1884
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Étude de Statistique Clinique de 134 Cas

DE

CANCERS DE L'ŒSOPHAGE ET DU CARDIA

Observations recueillies dans le service de M. le Dr A. Mathieu

(Hôpital St-Antoine)

Président : M. GILBERT, *professeur*

Juges { MM. DIEULAFOY, *professeur*
HUTINEL, *professeur*
NOBECOURT, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale	Pierre MARIE
Anatomie pathologique	PRENANT
Histologie	HARTMANN
Opérations et appareils	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale	GILBERT
Thérapeutique	CHANTEMESSE
Hygiène	THOINOT
Médecine légale	CHAUFFARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Clinique médicale	HUTINEL
Maladies des enfants	Gilbert BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique chirurgicale	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	ALBARRAN
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique d'accouchements	POZZI
Clinique gynécologique	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	Albert ROBIN
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MATHIEU

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

En hommage de reconnaissance

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait l'honneur de présider notre thèse

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR M. ROBINEAU

Chirurgien de l'Hospice d'Ivry

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MATHIEU

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOULLOCHE

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-CH. ROUX

ET

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LABOULAIS

Assistants de Consultation spéciale
à l'Hôpital Saint-Antoine

ETUDE DE STATISTIQUE CLINIQUE

de 134 cas de

Cancers de l'Œsophage et du Cardia

INTRODUCTION.

Très fréquemment, dans ses causeries journalières, notre maître M. A. Mathieu insistait sur le nombre relativement élevé de malades atteints de cancer de l'œsophage traités chaque année dans son service et sa consultation de l'hôpital Saint-Antoine. Souvent aussi il signalait l'allure un peu particulière, quelquefois même déconcertante, prise par cette affection. C'est pourquoi, sur ses conseils, nous avons entrepris ce travail.

Nous allons essayer de montrer la fréquence et les caractères de chacun des symptômes classiques de cette maladie, tels qu'ils apparaissent dans nos observations. Nous tâcherons ensuite de mettre en lumière ses types cliniques spéciaux.

Mais auparavant, nous voulons témoigner ici toute notre reconnaissance à notre cher Maître M. A. Mathieu pour l'intérêt qu'il nous a toujours montré, et pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné, pendant plus de deux ans, dans son service.

Parmi les malades soignés à la consultation de notre maître M. A. Mathieu, durant ces cinq dernières années, nous avons réuni 134 cas de cancers œsophagiens. Toutefois, nous devons dire que le diagnostic ne fut pas toujours affirmé par l'œsophagoscopie ou l'autopsie. Beaucoup de ces malades abandonnèrent la consultation après plusieurs mois de traitement ; d'autres furent opérés, et, vu l'opposition des familles, l'autopsie ne fut pas pratiquée sur chacun de ceux qui succombèrent dans le service.

Afin de demeurer le plus près possible de la vérité, nous avons éliminé toutes les observations suspectes au point de vue de la possibilité d'une sténose cicatricielle ou d'une compression œsophagienne. Des examens radioscopiques furent pratiqués par M. Beclère, à diverses reprises, sur chacun, presque, de ces malades. L'évolution de l'affection, enfin, a rendu très vraisemblable, dans tous les cas, le diagnostic porté.

En admettant même qu'il y ait eu quelques erreurs, elles ne peuvent pas avoir été fréquentes au point de vicier le sens de nos conclusions. Si nous consultons en effet les travaux de M. Guisez, nous voyons que l'œsophagoscopie ne relève en moyenne qu'une erreur de diagnostic sur dix sujets considérés

comme cancéreux à l'aide des seules ressources de la clinique courante.

Après un court chapitre d'étiologie et d'anatomie pathologique, nous décrirons la forme la plus habituellement observée du cancer de l'œsophage. Puis ensuite, sous le titre de « formes cliniques », nous montrerons les variations ou anomalies subies par ce type commun. Nous envisagerons alors:

1° Formes caractérisées par les variations ou anomalies de l'évolution symptomatique :

a) Variations du mode de début ;

b) Absence d'un ou de plusieurs des signes cardinaux ;

c) Prédominance d'un symptôme ;

d) Variations dans l'évolution et la durée.

2° Formes anatomiques :

a) Selon le siège de la tumeur ;

b) Selon l'existence d'une dilatation au-dessus du néoplasme.

3° Formes dont la symptomatologie est modifiée par l'apparition de complications.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Fréquence du cancer. — C'est une affection moins rare qu'on ne l'admet généralement. Les cancers de l'œsophage figurent en effet très largement parmi les diverses affections des voies digestives traitées dans le service de notre maître, M. A. Mathieu.

Nous en avons recueilli 134 observations. Elles se rapportent toutes à des malades soignés depuis 1905 jusqu'en 1909 inclusivement.

Or, il vient, au minimum, 6 malades nouveaux par jour à la consultation spéciale de M. A. Mathieu. C'est donc, au bas mot, 1.800 consultants nouveaux par année ; soit en ces cinq dernières années 9.000 environ. Donc :

En 5 ans sur 9.000	malades	134	cancers de l'œsophage et du cardia
En 1 an sur 1.800	—	27	—
Soit enfin sur 100	—	1,5	—

Envisageons maintenant la fréquence du cancer œsophagien par rapport aux autres cancers des divers segments du tube digestif.

Pendant le même laps de temps, nous trouvons : 420 cas de cancers du tube digestif, se répartissant ainsi :

Œsophage	104
Cardia	30
Estomac	232
Intestin	21
Rectum	23
Total	420

25 o/o des cas de cancers siègent donc à l'œsophage.

Si nous réunissons les néoplasmes de l'œsophage et du cardia la moyenne monte à 32 o/o.

La dernière statistique faite dans le même service par MM. A. Mathieu et Dobovrici en 1904 donne :

Cancers de l'œsophage et du cardia : 30 o/o des cas de cancers.

Influence de l'âge. — C'est une des causes les plus nettes dans l'étiologie du cancer de l'œsophage. Voici, du reste, un tableau indiquant l'âge de nos malades.

De 28 à 34 ans	2
35 à 39 ans	4
40 à 44 ans	8
45 à 49 ans	17
50 à 54 ans	19
55 à 59 ans	27

60 à 64 ans.....	28
65 à 69 ans.....	13
70 à 74 ans.....	3
75 et au-dessus.....	3
Donc avant 45 ans.....	14
De 45 à 55 ans.....	36
55 à 64 ans.....	55
65 à 75 ans.....	37

En somme, c'est entre cinquante-cinq et soixante-quatre ans qu'apparaît en général le cancer œsophagien. Avant quarante ans, il est exceptionnel ; vingt-huit et trente-deux ans sont les âges plus bas que nous ayons relevés. Son apparition après soixante-cinq ans s'observe aussi fréquemment qu'avant cinquante-cinq ans ; il semble donc s'attaquer de préférence à des sujets ayant dépassé l'âge moyen de la vie. Il paraît enfin se développer un peu plus tardivement que le cancer de l'estomac.

Une statistique toute récente et non encore publiée, de MM. A. Mathieu et F. Moutier, portant sur 600 cas de cancers de l'estomac, montre leur maximum de fréquence compris entre cinquante et soixante ans.

Influence de l'hérédité. — Bien que ce soit une des influences les plus généralement admises dans le développement des néoplasies malignes, nous la trouvons signalée neuf fois seulement, son rôle est donc des plus effacé.

Influence du sexe. — Le sexe semble, par con-

tre, avoir une influence très nette. Le cancer de l'œsophage est en effet beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Hommes.....	114, soit 85 0/0
Femmes.....	20, soit 15 0/0

C'est-à-dire qu'on l'observe *six fois* plus souvent environ chez l'homme que chez la femme.

Dans l'étiologie du cancer de *l'estomac* le sexe paraît avoir moins d'influence : la statistique de MM. A. Mathieu et F. Moutier donne en effet les chiffres suivants :

Hommes.....	67 0/0
Femmes.....	32 0/0

Influence des irritations de l'œsophage. — Expliqueraient-elles la fréquence plus grande du cancer chez l'homme ? Oui, semble-t-il, car nous trouvons l'alcoolisme, avec signes d'intolérance, signalé dans 80 o/o de nos observations.

Rôle du traumatisme. — Peu net, 3 malades seulement font remonter le début des accidents à un traumatisme de la région sternale.

Syphilis. — 10 cas de syphilis dans les antécédents de nos malades.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
(Macroscopique)

Tous nos cancers de l'œsophage sont primitifs. Sur les 30 cancers du cardia que nous avons réunis il en est 6 secondaires à un néoplasme de l'estomac.

Siège.— Renseignements fournis par les divers procédés d'exploration de l'œsophage (radioscopie, cathétérisme, œsophagoscopie) et par 15 autopsies.

Sur 106 de nos malades :

La tumeur siège 11 fois dans le tiers supérieur.
— 38 fois dans le tiers moyen.
— 27 fois dans le tiers inférieur.
— 30 fois au niveau du cardia.

C'est donc dans le tiers moyen de l'œsophage que la néoplasie se développe le plus fréquemment. Bon nombre d'auteurs indiquent le tiers supérieur comme étant le siège de prédilection du cancer de l'œsophage. C'est au contraire dans nos cas, la région la plus rarement atteinte.

Nombre.— Forme.— Ordinairement la tumeur

est unique et s'étend sur une hauteur de 5 à 8 centimètres sans envahir toute la circonférence du conduit.

Elle peut cependant être circulaire (2 cas).

D'autre part elle peut être multiple. Deux examens nécropsiques montrent cette particularité. Dans le premier il existe deux noyaux au tiers supérieur ; un plus volumineux au tiers moyen et un autre au niveau du cardia. Dans le second, sur toute la hauteur de l'œsophage, sont échelonnés des noyaux cancéreux de volume variable. De haut en bas on constate: 7 à 8 centimètres de muqueuse d'apparence normale, mais parseméé de quatre noyaux cancéreux dont l'un est du volume d'une amande. Plus bas enfin, infiltration totale et circulaire de l'œsophage à centre ramolli et presque caséeux. Plus bas enfin, la muqueuse réapparaît, plissée longitudinalement presque jusqu'au cardia. Elle est parsemée de très nombreux noyaux cancéreux dont les inférieurs sont les plus volumineux.

Ganglions. — Ils sont de bonne heure envahis et tuméfiés. Les ganglions médiastinaux le sont dans chaque cas :

Le ganglion de Troisier	20 fois
Les ganglions cervicaux	10 fois
— inguinaux	8 fois
— axillaires	6 fois

Dilatation au-dessus de la tumeur.

Assez fréquemment, ainsi que l'avait indiqué

Béhier, le cancer de l'œsophage s'accompagne de rétro-dilatation du segment supérieur.

Ce fait est signalé *dix-huit* fois dans nos observations.

Envahissement des tissus voisins. — Nous les signalerons au chapitre : Complications.

Les phénomènes spasmodiques résultent de l'irritation de la tunique œsophagienne. Ils sont constants mais plus ou moins marqués. Le spasme siège soit au niveau de la tumeur, soit à une certaine distance de celle-ci. Cette dernière éventualité s'observe dans le quart de nos observations.

Au point de vue du spasme, Gauthier distingue deux variétés de cancer œsophagien : les uns avec rétro-dilatation sans phénomènes spasmodiques ; les autres sans rétro-dilatation avec phénomènes spasmodiques. Cette division ne nous semble pas justifiée, car souvent le cancer de l'œsophage avec spasme très accentué s'accompagne de rétro-dilatation (obs. IV, X, XI).

Des lésions tuberculeuses sont trouvées huit fois à l'autopsie pratiquée sur 15 des sujets atteints de cancer de l'œsophage et morts dans le service.

La généralisation de ce cancer est peu fréquente.

Généralisations	au foie	4
—	au rein	2
—	à la rate	1
—	au péritoine	1
—	à la peau	1

CHAPITRE III

FORME COMMUNE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Nous allons, dans ce chapitre, décrire la forme commune du cancer de l'œsophage telle qu'elle apparaît le plus fréquemment dans nos observations.

Pour éviter des redites, nous laissons momentanément à l'écart les 30 cas de cancer développés au niveau du cardia. Un chapitre spécial leur sera consacré quand nous envisagerons les formes cliniques d'après le siège de la tumeur.

1° Mode de début

Dans les 104 observations de cancer de l'œsophage qu'il nous reste alors, le début est marqué soixante-dix-huit fois par une dysphagie progressivement croissante.

Au cours d'une santé excellente en apparence, le sujet éprouve un jour une sensation de gêne à peine marquée dans la déglutition des aliments solides ;

ceux-ci lui semblent traverser l'œsophage plus lentement que d'habitude. Peu à peu cette gêne s'accuse. Bientôt, le pain, la viande s'arrêtent pendant quelques instants en un point de l'œsophage que le malade indique ; mais à cette période, le bol alimentaire finit encore par tomber dans l'estomac.

Progressivement, régulièrement, cette gêne à la déglutition des solides devient de plus en plus marquée ; le temps d'arrêt que ceux-ci subissent dans l'œsophage devient de plus en plus appréciable. Le malade prend alors soin de mastiquer longuement ses aliments ; il boit quelques gorgées de liquide après l'ingestion de chacune de ces bouchées alimentaires dont il réduit le volume de jour en jour. Malgré ces précautions, les efforts qu'il doit faire pour aider à leur descente sont violents de plus en plus. Et bientôt le bol alimentaire solide ne peut plus franchir l'obstacle : il est rejeté quelques secondes après.

L'affection est constituée. Elle apparaît alors avec ses gros *signes fonctionnels et généraux.*

2° Symptômes fonctionnels

a) *La dysphagie.* — Les lignes précédentes laissent entrevoir déjà quelle place prépondérante doit tenir la dysphagie dans la symptomatologie du cancer œsophagien. C'est en effet le signe capital. A vrai dire, il ne manque jamais ; un seul, parmi tous

nos malades, succomba sans avoir éprouvé de gêne à la déglutition.

L'arrêt des aliments se produit en général au niveau de la tumeur. Ce n'est cependant pas la règle absolue. Dans le cinquième des cas environ, les sujets accusent une sensation d'arrêt dans le tiers supérieur de l'œsophage alors que les divers modes d'exploration localisent la sténose dans le tiers inférieur. Cette particularité s'explique par l'existence à la région cervicale d'un spasme surajouté.

Très souvent, en effet, les lésions organiques de l'œsophage, canal musculaire, peuvent donner naissance à des spasmes dont l'importance est parfois telle qu'ils masquent complètement la tumeur sous-jacente. L'arrêt du bol alimentaire en un point de l'œsophage n'indique donc pas en chaque cas le siège exact du néoplasme.

Depuis le jour où les malades accusent cette gêne à la déglutition jusqu'au moment où toute alimentation solide devient impossible, définitivement, le temps écoulé varie sensiblement : 102 observations suffisamment complètes à ce point de vue nous fournissent les chiffres suivants :

En moins d'un mois	les solides ne passent plus dans	4
En 1 mois	—	15
2 —	—	17
3 —	—	20
4 —	—	16
5 —	—	8
6 —	—	5
7 —	—	4
8 —	—	5
10 et plus	—	8

Il faut donc un à quatre mois environ à la dysphagie pour se montrer totale et définitive aux solides. Son installation en moins d'un mois est exceptionnelle. Quatre observations seulement montrent une évolution rapide à ce point : dans l'une, les solides ne peuvent plus franchir l'obstacle en huit jours ; dans une autre, en quinze jours ; dans les deux dernières, en trois semaines. Plus fréquemment les quatre mois habituels sont dépassés. Certaines fois même, un an s'écoule avant que les éléments solides ne soient définitivement arrêtés au niveau de la tumeur.

Lorsque la sténose se montre complète, aussi bien pour les solides que pour les liquides, c'est vers le huitième mois environ.

b) *Douleur.* — Le cancer de l'œsophage évolue le plus souvent sans douleur vive. Dans 101 observations, la douleur est nulle et non signalée *soixante et une fois ;* elle existe *quarante fois* seulement. C'est donc un symptôme très inconstant.

De plus, c'est un symptôme variable.

Variable, d'abord, dans la date de son apparition. Parfois c'est elle qui marque le début de l'affection ; elle précède alors la dysphagie de quelques jours ; mais, à la vérité, ces cas sont très rares. Parfois aussi, douleur et dysphagie se montrent simultanément. C'est alors une gêne douloureuse au passage des aliments qui révèle la lésion œsophagienne commençante.

En règle générale, la douleur n'est pas un symptôme de début. C'est pourquoi nous ne l'avons pas mentionnée en décrivant les manifestations premières du cancer œsophagien. Elle n'apparaît en effet que plus tard, un à deux mois environ après la dysphagie. C'est là, du moins, ce que nous trouvons enregistré dans nos 40 observations de cancer œsophagien douloureux. Nous pouvons les classer ainsi :

1° La douleur précède la dysphagie (5) ;

2° La dysphagie est douloureuse dès le début (11);

3° La douleur apparaît un à deux mois après la dysphagie (29).

D'autre part, ses causes étant multiples (passage des aliments sur une surface ulcérée, péri-œsophagite, compression exercée par la tumeur sur les filets nerveux voisins), on conçoit aisément que selon la prédominance de l'une d'entre elles la douleur ne soit pas d'intensité égale à tout instant de la journée.

Elle peut, en effet, se manifester uniquement à l'occasion de la déglutition (19 fois sur 40). Par contre, en d'autres circonstances, elle existe même en dehors des repas (21 fois sur 40). Cette douleur continuelle présente alors une exacerbation lors du passage des aliments.

Dans le premier cas, elle commence avec l'arrêt du bol alimentaire au niveau de la sténose. Elle persiste, telle, plus ou moins longuement jusqu'au moment où l'œsophage redevient libre. Sa disparition

coïncide soit avec la pénétration des aliments dans l'estomac, soit avec leur rejet hors de la bouche.

Cette douleur provoquée est d'ordinaire très intense. Selon les expressions mêmes des malades, c'est une sensation fort pénible de poids, de barre, de stricture, de crampe, de brûlure à siège rétrosternal qui leur arrache des plaintes et parfois même des cris. Souvent elle est plus angoissante encore : c'est alors par de l'oppression, de l'étouffement que se marque l'arrêt du bol alimentaire.

Le point douloureux maximum répond en général au siège de la tumeur. Mais ce n'est pas une règle absolue. Ce qui semble plus fixe, ce sont les irradiations de cette douleur provoquée. Presque toutes nos observations enregistrent une propagation dans le dos, entre les deux omoplates ; puis dans l'épaule gauche et la moitié gauche du thorax, et plus rarement enfin dans l'épaule droite, la région épigastrique, le cou, la tête.

Douleurs spontanées. — Dans 21 cas, nous l'avons vu, les douleurs existent en dehors même des repas. Leurs caractères sont identiques, presque. Leur point maximum répond généralement encore au siège de la tumeur. Toutefois, l'intensité de ces douleurs semble moins vive et leurs irradiations quelque peu différentes. Cependant, très fréquemment aussi, elles se propagent entre les deux omoplates, comme les douleurs provoquées par l'alimentation. Mais elles affectionnent plus particulièrement un des côtés du thorax, le gauche presque toujours. Dans

cette région elles se présentent souvent avec les caractères de névralgies intercostales, survenant par crises quelquefois très rapprochées. Semblable fait est consigné six fois dans ces 21 observations.

Ces douleurs continuelles deviennent plus accentuées et plus intenses en diverses occasions. C'est d'abord au moment de la déglutition. C'est ensuite la nuit ; 6 observations (sur 21) indiquent très nettement cette particularité : Les douleurs, peu marquées au cours de la journée, deviennent intolérables pendant la nuit et rendent tout sommeil impossible. Ces paroxysmes semblent occasionnés par la position horizontale, car ces malades ne se trouvent soulagés qu'après avoir quitté leur lit et fait quelques pas dans leur chambre. Chez deux autres, enfin, les douleurs s'exagèrent sensiblement lorsque la faim se fait sentir.

c) *Régurgitation.* — Le terme « régurgitation » nous semble préférable à celui de vomissement œsophagien. Mieux que ce dernier mot, il rend exactement compte du phénomène que nous allons maintenant décrire : rejet, hors de la bouche, sans effort de vomissements, des aliments arrêtés dans l'œsophage au niveau de la sténose.

C'est encore un des gros symptômes du cancer de l'œsophage puisque, sur la totalité de nos observations, il manque dix-sept fois seulement.

Il n'est guère possible de fixer exactement la date de son apparition, tellement elle est variable. Cepen-

dant il nous semble, après lecture de nos observations, que la première régurgitation se produit, de préférence, un ou deux mois après le début des accidents. Quelquefois, il est vrai, une ou deux semaines, à peine, s'écoulent avant qu'elle n'apparaisse. D'autres fois encore, mais très rarement, les malades arrivent au cinquième ou sixième mois de leur maladie sans avoir rejeté aucun aliment. La forme plus ou moins annulaire de la tumeur, son accroissement plus ou moins rapide, l'existence ou l'absence du spasme surajouté expliquent ces variantes dans la date d'apparition de la première régurgitation.

Quoi qu'il en soit, une fois entrée dans la symptomatologie de l'affection, la régurgitation se produit selon deux modes différents :

1° Tantôt les aliments sont rendus avec des efforts de toux qui les font jaillir violemment par la bouche et quelquefois même par le nez. Il s'agit ordinairement dans ce cas de cancer siégeant au tiers supérieur de l'œsophage;

2° Mais cette forme est rare, relativement, comme du reste la localisation cancéreuse dans le tiers supérieur de l'œsophage. Généralement, en effet, les aliments sont ramenés vers la bouche sans aucun effort, par la seule contraction antipéristaltique de l'œsophage, dans une sorte de rumination. Il s'agit alors de cancers siégeant au tiers moyen et inférieur.

Ces régurgitations peuvent se produire soit pendant le repas, immédiatement après l'ingestion des premières bouchées alimentaires, soit encore aussitôt le repas terminé, soit enfin plus tardivement s'il existe une dilatation au-dessus de la tumeur.

Ces faits, nous ne faisons volontairement que de les enregistrer. Nous ne voulons pas en tirer de conclusions, dès maintenant. Nous les retrouverons et les commenterons plus longuement lorsque nous étudierons les formes cliniques du cancer œsophagien selon le siège de la tumeur.

D'ordinaire, les aliments ainsi rejetés sont à peine modifiés.

Des mucosités et de la salive en quantité parfois considérable, mais toujours appréciable (1 verre à bordeaux) accompagnent en chaque cas le rejet alimentaire. Cette particularité n'est pas signalée dans les nombreuses observations de spasme œsophagien que nous avons lues, spécialement, à ce point de vue. Il semble donc bien, et c'est d'ailleurs l'impression de M. A. Mathieu, qu'un tel rejet abondant de mucosités soit un signe de présomption de cancer de l'œsophage.

La présence de sang dans les régurgitations est également un signe de grande valeur. Malheureusement ce fait est trop rarement noté. Nous le trouvons vingt-cinq fois seulement dans la totalité de nos observations. N'insistons pas ici, davantage, sur les hémorragies survenant au cours du cancer

œsophagien. Nous les décrirons plus longuement au chapitre : Complications.

3° Symptômes généraux

L'anémie s'observe généralement, comme dans tout cancer.

Elle semble due moins aux hémorragies, qui sont d'ordinaire peu abondantes, qu'à la restriction alimentaire tenant en partie à l'anorexie, mais surtout à l'obstacle œsophagien.

La teinte jaune paille qui en est l'expression, est moins marquée que dans le cancer de l'estomac. Elle est aussi plus tardive, car elle apparaît seulement au moment où l'anémie devient sensible, c'est-à-dire lorsque la sténose est assez serrée pour gêner considérablement l'alimentation. C'est donc, en somme, un symptôme de la période d'état, et surtout de la fin.

L'amaigrissement. — Il tient aux mêmes causes que l'anémie et présente les mêmes variations. Quelques malades, pendant fort longtemps, ne rejettent pas ou presque pas leurs aliments. Chez eux les pertes de poids sont insignifiantes ; certains même ont pu se maintenir au même poids jusqu'à la période ultime de l'affection.

Chez les autres, l'amaigrissement est rapide. On peut alors, très fréquemment, noter des pertes de

poids de 25 à 40 livres survenues en un, deux ou trois mois.

Les fonctions digestives sont troublées, elles aussi, mais à des degrés divers.

L'anorexie qui ne fait jamais défaut dans un néoplasme gastrique, manque très souvent dans le cancer de l'œsophage.

Le dégoût électif pour la viande et les matières grasses qui relève surtout d'un cancer à l'estomac, est à peine signalé. Dans 60 observations où ces renseignements sont suffisamment précis, nous trouvons :

Appétit

Conservé dans.....	43 obs.
Diminué et nul.....	17

Dégoût électif pour la viande

N'existe pas dans.....	56 obs.
Est signalé dans.....	4

L'appétit, dans le cancer de l'œsophage, est dont conservé dans 70 o/o des cas. Si les malades ne s'alimentent pas, c'est uniquement dans le but d'éviter les malaises qui accompagnent la déglutition.

Quant au dégoût électif, il est rare qu'il soit accusé. Nous verrons dans un chapitre suivant que ces deux signes (anorexie, dégoût pour la viande) ne manquent presque jamais dans les cancers du cardia.

4° Signes physiques

Ils sont fournis par les divers modes d'exploration de l'œsophage : Radioscopie, cathétérisme, œsophagoscopie.

Depuis les perfectionnements apportés à la radioscopie, le cathétérisme de l'œsophage n'est presque plus pratiqué dans le service de M. A. Mathieu. Chaque malade accusant des troubles de la déglutition est systématiquement examiné à l'écran. Les épreuves combinées du bismuth (en cachet, en suspension dans l'eau, incorporé à une bouillie) renseignent avec précision et sans dangers sur la longueur et le degré de la sténose. Il est en général, possible même, de distinguer un spasme simple d'un cancer de l'œsophage (voir formes cliniques, début brusque, p. 57).

S'il subsiste des doutes, l'examen œsophagoscopique les fait disparaître. D'après M. Guisez, l'œsophagoscopie permet, en cas de cancer, de distinguer les aspects suivants : « 1° Bourgeons épithélioma-teux obstruant la lumière du tube ; 2° ulcération plus ou moins large reposant sur un épaississement de la muqueuse ; 3° refoulement de la muqueuse par une masse développée dans l'intérieur même des parois de l'œsophage, forme interstitielle. En plus de cela l'infiltration et l'induration des parois au pourtour de la tumeur donnent à la portion de l'œsophage

atteinte par le néoplasme et ses prolongements un aspect *figé* tout à fait caractéristique. » Ces caractères se retrouvent dans le cancer au début : « Une portion limitée de la muqueuse est, ou bien soulevée par une tumeur, soit infiltrée. L'induration et l'absence de mobilité avec conservation d'une lumière normale sont les premiers signes qui frappent l'œil de l'observateur. La région malade semble raidie. »

Marche. — Durée. — La marche du cancer œsophagien est progressive, régulière, fatalement. Les signes de sténose s'accentuent chaque jour, et lorsque l'obstacle rend l'alimentation impossible, l'amaigrissement et la cachexie font des progrès rapides.

Cette évolution progressive est très rarement entrecoupée de périodes d'accalmie pendant lesquelles la dysphagie et les régurgitations cessent. Si parfois semblable éventualité apparaît, ce c'est en somme qu'un moment d'arrêt toujours très court, car la maladie reprend bien vite son allure régulière.

Si des complications ne viennent pas précipiter la terminaison fatale, c'est environ six à neuf mois après le début des accidents que la mort survient.

Nous ne connaissons pas, malheureusement, l'exacte durée de chacun de nos cas. Beaucoup de ces malades abandonnèrent la consultation ; 20 d'entre eux furent opérés ; la gastrotomie fut alors faite quatre à six mois après le début. C'est une indication, déjà, relativement à la durée du cancer de l'œsophage ; car, cette opération, M. Mathieu la propose généralement, lorsque l'alimentation devient

impossible et lorsque le poids du malade commence à diminuer sensiblement. Trente-deux furent traités dans le service jusqu'à leur mort. Quand celle-ci survint, il s'était écoulé, depuis l'apparition de la dysphagie :

2	mois	dans 1	cas
3	—	1	—
4	—	5	—
5	—	3	—
6	—	6	—
7	—	4	—
8	—	2	—
9	—	3	—
10-12	—	5	—
1 an et plus		2	—

(20 mois — plus de 2 ans)

En somme, sauf complications, le cancer de l'œsophage évolue en l'espace de six mois à un an. Exceptionnellement, l'année est dépassée ; rarement aussi la mort survient avant le troisième mois.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Dans les pages précédentes, nous avons décrit la forme de beaucoup la plus commune du cancer de l'œsophage ; ce type habituel s'observe en effet dans 80 o/o des cas.

Cependant, le début n'est pas toujours celui que nous avons indiqué ; la symptomatologie varie selon que certains des symptômes cardinaux manquent ou prennent une importance exagérée et selon que la marche de l'affection se sépare de celle que nous avons décrite.

D'autre part, certaines conditions anatomiques lui donne une allure un peu particulière (siège, dilatation au-dessus).

Puis enfin, les complications qu'il provoque et les conditions pathologiques au milieu desquelles il évolue peuvent quelquefois rendre un diagnostic hésitant.

Il nous a donc paru intéressant de réunir sous le titre de « formes cliniques » les variantes que le type commun subit du fait de toutes ces causes.

A. — Variations ou anomalies de l'évolution symptomatique

I. — VARIATIONS DU MODE DE DÉBUT

1° Début brusque

Au lieu de se manifester par une dysphagie progressivement croissante comme dans les 78 cas précédents, c'est parfois brusquement, alors que rien dans l'état du sujet ne permettait d'entrevoir une telle éventualité, que l'affection débute.

Dix-sept observations sont caractérisées par ce mode de début spécial. Mais toutes ne sont pas calquées sur le même type. Il est des degrés dans la brusquerie de ce mode de début, et nous pouvons en distinguer trois :

1° Certaines fois, la dysphagie se révèle d'une façon brusque impressionnante, au cours d'une santé excellente. Elle évolue ensuite progressivement selon le mode habituel décrit à la forme commune du cancer œsophagien.

Ce premier type se rencontre sept fois.

Mais encore ces 7 observations ne sont pas en tous points identiques.

a) Tantôt l'arrêt brusque des aliments au cours d'un repas constitue à lui seul cet épisode impressionnant. Il y a seulement : dysphagie brusque.

De ce groupe nous possédons 4 observations. Nous allons les résumer rapidement.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un homme âgé de *trente-deux ans*. Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il évolue sur un sujet jeune. En présence d'une dysphagie apparue brusquement chez un homme de trente-deux ans, le diagnostic s'oriente de préférence vers une affection purement fonctionnelle. C'est pourquoi nous choisissons spécialement cette observation.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Pas de syphilis.

Pas d'ingestion de liquide caustique.

4 juin 1908. — En commençant son repas, le malade fut *brusquement mis dans l'impossibilité de déglutir* un morceau de viande. Il dut boire quantité de liquide pour faciliter sa descente. Environ cinq minutes après il eut la sensation que cette bouchée de viande tombait dans son estomac. Jamais auparavant il n'avait éprouvé de gêne, si petite fût-elle, à la déglutition.

Deux jours après, le même accident se reproduisit.

Dès lors, la dysphagie ne fit que progresser. Il dut mâcher longuement ses aliments, boire beaucoup pour aider leur descente. Malgré cela les efforts qu'il dut faire pour les déglutir devinrent violents de plus en plus.

Quatre mois plus tard apparaît la première régurgitation. Il

se met alors aux liquides et aux purées, tout essai d'alimentation solide provoquant un rejet immédiat des aliments.

Pas de douleurs.

Janvier 1909. — C'est-à-dire sept mois après ce début brusquement apparu, la dysphagie est totale. Il ne peut plus rien avaler : tout solide, tout liquide est immédiatement rejeté.

Il a maigri énormément, 24 kilos. Mais cet amaigrissement est marqué surtout depuis un mois.

Appétit diminué. Pas de dégoût électif pour la viande.

C'est dans cet état qu'il entre dans le service.

A l'examen : Rien à l'estomac. Rien au cœur. Rien aux poumons.

31 janvier. — La dysphagie semble s'améliorer un peu. Il prend 2 litres de lait, mais par petites quantités à la fois.

3 février. — M. Beclère pratique sur ce malade un examen radioscopique. Il trouve : Un rétrécissement très serré au niveau de la partie inférieure de l'œsophage. Le cachet de bismuth s'arrête à ce niveau et ne peut franchir l'obstacle qu'en se déformant et s'effritant.

Pendant un mois l'état du malade reste stationnaire.

Il prend de 2 à 3 litres de lait par jour, en très petite quantité à la fois.

7 mars. — Un examen œsophagoscopique, pratiqué par le Dr Cauzard, montre : Deux masses bourgeonnantes, l'une droite, l'autre gauche, séparées par un sillon à concavité droite.

15 mars. — Gastrostomie faite par M. Lejars.

OBSERVATION II (Résumée)

Le début simule davantage encore celui d'un spasme de l'œsophage : il y a dysphagie brusque, plus marquée dès les premiers jours pour les liquides que pour les aliments solides.

B..., cinquante ans. Homme.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Grand fumeur. Grand éthylique.

Pas de maladies antérieures. Pas de syphilis.

Vient consulter le 22 mai 1909.

Il y a trois semaines, sans qu'il eût éprouvé les jours précédents la moindre gêne à la déglutition, *il fut, en commençant son repas, mis brusquement dans l'impossibilité d'avaler un verre de vin*. Ce liquide lui parut s'arrêter en un point de l'œsophage ; quelques instants après il dut le rejeter. Des mucosités, en grande abondance, et de la salive en quantité appréciable, accompagnèrent cette régurgitation. Les aliments solides à ce repas passèrent sans trop de difficultés.

Depuis ce jour la gêne à la déglutition s'accentua de plus en plus.

Quand il vient consulter trois semaines plus tard, les aliments solides ne sont presque plus admis.

Amaigrissement considérable.

Appétit conservé. Pas de dégoût électif pour la viande.

Rien au cœur. Rien à l'aorte. Rien à l'estomac.

Résultats de l'examen radioscopique fait le 3 juin par M. Beclère : Le cachet de bismuth s'arrête au niveau de l'angle

inférieur de l'omoplate. Il se déforme, s'aplatit et passe en s'effritant.

Examen œsophagoscopique. — M. le Dr Cauzard trouve au niveau de la ligne bi-omoplate inférieure une ulcération bourgeonnante située à droite et en avant.

C'est un épithélioma, dit-il.

7 juin. — Le malade passe en chirurgie.

Il meurt six mois après l'opération.

OBSERVATION III (Résumée)

Ch..., homme, quarante ans, *eut un jour, au cours d'un repas, la sensation qu'une bouchée de viande s'arrêta dans l'œsophage.* Il dut boire force liquides pour faciliter sa descente.

Depuis lors, dysphagie progressive.

Trois mois plus tard les solides sont rejetés immédiatement après leur ingestion.

8 mai 1908. — *Examen.* — Malade amaigri. Anémié.

Rien à l'estomac ; rien au cœur ; pas d'adénopathie.

8 mai. — *Examen radioscopique.* — Le cachet de bismuth s'arrête pendant deux ou trois minutes. Il s'aplatit et passe en se déformant.

Le lait de bismuth s'accumule au-dessus de la sténose et filtre lentement.

Examen des fèces. — La réaction de Weber montre des traces de sang.

26 juin. — Nouvel examen radioscopique. Mêmes constatations.

M. Mathieu propose la gastrostomie.

OBSERVATION IV (Résumée)

L..., homme, soixante-trois ans. Vient consulter le 5 janvier 1907.

Début brusque il y deux mois. En commençant son repas, *sensation d'arrêt brusque* d'une bouchée alimentaire solide au niveau de la fourchette sternale. Il doit la rejeter.

Depuis, dysphagie pour tout solide. Un mois plus tard ceux-ci ne passent plus du tout, il les rend aussitôt.

Radioscopie. — Signes de sténose organique au niveau du tiers moyen de l'œsophage. *Grosse dilatation au-dessus.*

b) **D'autres fois, à l'arrêt brusque des aliments, s'adjoint une douleur intense rendant encore le début plus impressionnant.**

Deux observations montrent cette particularité.

OBSERVATION V (Résumée)

R..., soixante-huit ans. Vient consulter pour de la dysphagie en juillet 1906.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Il y a six mois, en voulant déglutir un morceau de pain, il a eu la sensation que celui-ci s'arrêtait dans l'œsophage. En même temps il a ressenti une vive douleur (crampe) à siège maximum médio-sternal, avec irradiations dans le dos, entre les omoplates.

Au bout de dix minutes, dit le malade, la bouchée de pain

a pu descendre dans l'estomac ; immédiatement la douleur a cessé.

Depuis lors, à chaque déglutition, les aliments solides se sont arrêtés plus ou moins longuement dans leur traversée œsophagienne. Toujours cet arrêt du bol alimentaire s'est accompagné de douleur intense, ne disparaissant qu'au moment où l'œsophage redevenait libre.

Bientôt les régurgitations se sont produites aussitôt l'ingestion d'un aliment solide quelconque.

Amaigrissement considérable.

Teinte jaune paille.

Rien à l'estomac. Rien au cœur. Rien aux poumons.

Radioscopie (M. Beclère). — Signes de sténose organique au niveau du tiers moyen de l'œsophage.

OBSERVATION VI (Très résumée)

A..., soixante-cinq ans.

Début identique, à celui du cas précédent, il y a huit mois — *par sensation brusque et douloureuse* d'arrêt des aliments en un point de l'œsophage — a dû, depuis trois mois.abandonner toute alimentation solide.

Trois examens radioscopiques pratiqués par M. Beclère en l'espace de six semaines, montrent chaque fois des signes de sténose organique au niveau de la partie moyenne de l'œsophage.

c) Enfin, dans l'observation VII, l'arrêt brusque d'une bouchée d'aliments dans l'œsophage s'accompagne d'une salivation abondante.

OBSERVATION VII (Résumée)

B..., cinquante-neuf ans.

Il y a deux mois, en prenant son repas, a la sensation qu'une bouchée de viande reste dans l'œsophage, impossibilité de continuer son repas.

Jusqu'à 5 heures de l'après-midi, *salivation continuelle.* A ce moment seulement le fragment de viande est rejeté. La sialorrhée cesse.

Une semaine plus tard, même accident.

Dès lors, dysphagie progressive. Evolution habituelle.

Radioscopie : Sténose très serrée à la région moyenne.

Le cachet se fragmente et passe en s'effilant.

Quinze jours après : nouvel examen radioscospique, mêmes constatations.

2° D'autres fois, il semble que le début actuel soit écourté. C'est alors d'emblée que les aliments solides ne peuvent plus traverser l'œsophage.

Les observations précédentes sont uniquement caractérisées par l'apparition brusque de la dysphagie. Plusieurs mois sont ensuite nécessaires pour que cette gêne à la déglutition des solides, brusquement survenue, se transforme progressivement en impossibilité absolue.

Ici, tout se passe comme si cette période n'existait pas. Il y a brusquerie dans le mode de début il y a, en plus, brusquerie dans l'installation de la

dysphagie qui, d'emblée, se montre totale et définitive aux aliments solides. C'est un degré de plus dans la soudaineté de début du cancêr œsophagien.

Nous en avons rassemblé 8 cas. Ils sont tous identiques ; aussi, n'en citerons-nous que quelques-uns.

OBSERVATION VIII (Résumée)

L..., journalier, quarante-sept ans. Vient consulter pour des troubles dysphagiques. Il se plaint de ne pouvoir avaler aucun aliment solide depuis trois mois.

A cette date, sans que la veille ou les jours précédents il eût éprouvé une gêne quelconque à la déglutition, *il lui fut brusquement impossible de déglutir le pain et la viande* qu'il finissait de mâcher. Ces aliments, indique-t-il, s'arrêtèrent à la région moyenne du sternum ; quelques instants plus tard, ils remontèrent à la bouche, mélangés à des mucosités filantes très abondantes.

Dès lors, à chacun de ses repas les aliments solides furent rejetés ainsi. Il dut se nourrir de pâtes, de purées de légumes et de lait.

Trois mois plus tard, les liquides à leur tour, ne furent plus tolérés.

Il entre dans le service en cet état.

Il a maigri de 22 livres, a perdu l'appétit et présente du dégoût pour la viande (rare).

Pas de douleurs. Pas d'hématémèse. Pas de mélœna.

Toute alimentation par la bouche étant impossible, on essaie de le nourrir avec des lavements alimentaires, mais il perd son poids, régulièrement : 1 kilogramme tous les trois ou quatre jours. Trois semaines après son entrée dans le service, M. Hartmann l'opère.

OBSERVATION IX (Résumée)

S..., peintre, trente-neuf ans. Père mort d'affection du pylore (?).

Antécédents personnels. — Rien à noter.

Pas de syphilis.

Il y a cinq mois, au cours d'un repas, *brusque sensation d'arrêt des aliments solides* dans l'œsophage, suivie presque aussitôt de régurgitation.

Depuis ce jour, à chaque repas sans exception, les aliments solides ont *toujours été rejetés*.

Les liquides, le lait, les potages, les œufs, les purées peu épaisses passent bien.

Au début, aucune douleur.

Depuis deux mois, oppression douloureuse continuelle au niveau du tiers inférieur du sternum s'exagérant à chaque déglutition.

Amaigrissement de 30 kilogrammes depuis trois mois.

Appétit médiocre. Pas de dégoût électif pour la viande.

Examen radioscopique pratiqué par M. Beclère.

Arrêt du cachet de bismuth un peu au-dessus du cardia. Le cachet ne parvient pas à franchir l'obstacle. Deux verres d'eau ne suffisent pas à le faire descendre. Il est rejeté. Le lait de bismuth s'accumule au-dessus du point rétréci et filtre lentement.

La gastrostomie est décidée. Elle est faite par M. Souligoux.

3° Enfin, dans un troisième groupe, il y a impossibilité brusquement apparue de déglutir un aliment quelconque, qu'il soit solide ou liquide.

C'est le degré le plus élevé dans la brusquerie de début du cancer œsophagien.

Nous possédons, de cette variété, 2 observations. Elles nous semblent fort intéressantes. Aussi les citons-nous *in extenso*.

OBSERVATION X

M..., cinquante ans, entre à l'hôpital le 20 mai pour de la dysphagie.

Antécédents personnels. — Aucune maladie à signaler. Pas d'éthylisme. Excès de boisson depuis de longues années. Il prend journellement 3 à 4 litres de vin, 2 à 3 absinthes, assez fréquemment des alcools. Pas de signes d'intolérance.

Il a toujours eu bon appétit. N'a jamais éprouvé de troubles gastriques. En somme, à tous points de vue, il était très bien portant jusqu'au mois de janvier dernier.

Histoire de la maladie. — A cette époque, sans qu'aucun incident fût survenu au préalable, sans qu'il eût fait quelque excès de boisson, il constate en commençant son repas du soir, que les aliments refusent de passer. Il a la sensation nette que ce qu'il ingère s'arrête avant d'arriver à l'estomac. Il éprouve

une certaine gêne rétro-sternale, et il rend bientôt les quelques cuillerées de soupe qu'il avait essayé d'avaler. Il veut alors prendre le bouillon seul, sans pain, mais celui-ci refuse également de passer.

Pendant les deux semaines suivantes, *la dysphagie a persisté telle, même pour les liquides*, qui sont rejetés en plus ou moins grande partie. Par exception, certains jours il a pu prendre 3 litres de lait.

Depuis cette époque ce malade s'est donc nourri plus ou moins difficilement de lait, de bouillon et d'œufs.

Au moment où il entre salle Chomel, la dysphagie est de nouveau absolue, et cela depuis quinze jours.

Examen. — C'est un homme extrêmement amaigri, cachectique, pouvant à peine se tenir debout de lui-même.

Le ventre est aplati, sillonné de veines, d'une dureté remarquable.

Nombreux ganglions inguinaux et cervicaux. On en constate également plusieurs dans le creux sus-claviculaire des deux côtés.

La palpation de l'abdomen n'est douloureuse en aucun point.

A la percussion, l'estomac paraît petit. Le foie n'est ni gros, ni abaissé. La rate n'est pas perceptible.

Examen radioscopique. — Le cachet de bismuth s'arrête en un point qui répond à la septième vertèbre dorsale. Après quelques légers mouvements d'ascension et de descente, il passe finalement à travers le rétrécissement qui ne paraît pas très serré.

De nouveau on voit le bismuth s'arrêter avant de pénétrer

dans l'estomac. — Il n'existe pas de dilatation au-dessus de la stricture œsophagienne.

Depuis son entrée à l'hôpital, on a injecté à ce malade, matin et soir, 300 grammes de sérum. On a essayé de lui faire prendre des potages au lait, des œufs ; mais ces aliments sont, la plupart du temps, rejetés en totalité.

27 mai. — *Nouvel examen radioscopique.* — L'œsophage paraît moins facilement franchissable. Le bismuth s'accumule dans une *dilatation*, au-dessus de la sténose. Celle-ci répond exactement à la pointe de l'appendice xyphoïde.

Les jours suivants, les liquides passent encore de temps en temps, et de façon très variable.

30 mai. — Le passage des aliments liquides est de nouveau impossible. On reprend le sérum et les lavements alimentaires.

3 juin. — *Troisième examen radioscopique.* — Le bismuth s'accumule dans l'œsophage en un point correspondant à l'appendice xyphoïde. L'ombre projetée sur l'écran revêt l'apparence d'une coupe dont le pied est extrêmement menu. Cette dilatation semble avoir les dimensions d'une orange. Après plusieurs minutes on ne voit pas encore de bismuth dans l'estomac.

Jours suivants : La situation reste la même jusqu'au 6 juin. Tantôt, les potages parviennent à passer, tantôt ils sont rejetés. En présence de cette situation, la gastrostomie est décidée. Elle est faite, ce même jour, par M. Ricard sans incident. Après l'incision on constate une légère quantité d'ascite. L'estomac est petit, il présente un grand nombre d'adhérences.

Le malade rentre salle Chomel quatre jours après l'opération. Son poids n'a pas varié depuis le jour où l'intervention fut

pratiquée. Ce poids est de 43 kgr. 900. Il était de 42 kilos à son entrée dans le service.

10 au 16 juin. — Alimentation : 2 litres de lait, 100 grammes de poudre de viande, tilleul, 1 litre. Le malade se porte bien. Toutefois on constate qu'il est pâle. Ses yeux sont un peu cernés, excavés.

Il a quelque peu maigri. Il pèse alors 42 kgr. 300. A ce moment on modifie légèrement son alimentation. Il prend maintenant 3 litres de lait, 100 grammes de poudre de viande, 2 œufs, tilleul, 1 litre.

17 juin. — Le malade est souvent assoupi. Il dort fréquemment pendant la journée.

Nouvel examen de l'œsophage à la radioscopie, rien ne passe.

20 juin. — Son poids s'est un peu relevé. 43 kgr. 200. Il se trouve bien et il sent les forces revenir.

27 juin.— Etat général très satisfaisant. Le poids est passé à 44 kgr. 200.

M. Bensaude pratique un examen œsophagoscopique : il n'en peut tirer aucune conclusion.

6 juillet. — L'amélioration continue. Poids : 46 kgr. 200.

11 juillet. — Poids 47 kgr. 100.

15 juillet. — *Examen œsophagoscopique* fait par M. Cauzard.

Ce premier examen est rendu difficile par la présence d'une quantité considérable de liquide très fétide dans la poche œsophagienne.

Les jours suivants des lavages quotidiens de cette poche sont faits ; 100 à 150 centimètres cubes d'un liquide blanchâtre, très fétide, sont extraits directement. Le tube est bien supporté.

19 juillet. — Poids 48 kgr. 200.

20 juillet. — *Nouvel examen œsophagoscopique.*

Cet examen permet alors de préciser l'aspect de l'œsophage au niveau de la sténose.

On aperçoit, à l'extrémité du tube, la muqueuse rosée qui n'accuse aucune modification appréciable à l'œil. Elle paraît souple et ne présente pas d'épaississements. La lumière de l'œsophage, très étroite, apparaît comme divisée en deux parties par un bourgeon issu de la muqueuse.

Le poids du malade continue à augmenter. L'état général est excellent. Il sort le 12 août sur sa demande.

Avant sa sortie, M. Cauzard a,de nouveau, pratiqué un *examen œsophagoscopique.* Il semble alors, qu'au niveau de la sténose, apparaissent des bourgeons ayant quelque tendance à saigner.

Depuis cette époque, M. M... est revenu à diverses reprises dans le service. Il a pu reprendre son travail ; mais il continue à se nourrir par sa bouche gastrique. Les tentatives d'alimentation par l'œsophage sont infructueuses.

OBSERVATION XI

M. L..., cinquante-sept ans, vient consulter le 23 avril 1909 pour de la dysphagie.

Antécédents personnels. — Syphilis à vingt-quatre ans. Fut soigné avec de l'iodure de potassium. N'a jamais eu d'accidents.

Histoire de la maladie. — L'affection a débuté le 16 avril. Ce jour-là, sans qu'il eût antérieurement éprouvé de gêne à la

déglutition, il ressentit en prenant son repas une vive douleur au passage du bol alimentaire. Les aliments, du reste, ne purent pénétrer dans l'estomac. Il les sentit s'arrêter vers la partie moyenne de l'œsophage et dut les rejeter quelques instants après.

Depuis cette date, aucune alimentation ne fut tolérée. Les aliments solides, semi liquides ou liquides furent alors rendus sitôt leur ingestion, Par exception cependant, il a pu certains jours déglutir un peu de lait à condition de le prendre à doses très fractionnées.

A la suite de ces accidents, il entra dans le service de M. le Dr Lermoyez. L'*examen œsophagoscopique* montra un œsophage tout à fait normal (même constatation lors du premier examen œsophagoscopique pratiqué sur le malade précédent, obs. X).

C'est alors qu'il vient à la consultation de M. Mathieu.

Il accuse toujours la même intolérance. Chaque gorgée de liquide absorbée provoque immédiatement des quintes de toux ; il doit la rejeter aussitôt.

Parfois cependant il lui arrive de tolérer un peu de lait, le soir en se couchant. Pendant la nuit il le rend non caillé, à diverses reprises, sans efforts, par petites quantités à la fois.

Examen. — On perçoit, au niveau du cartilage thyroïde, une masse dure et assez développée qu'on peut légèrement déplacer latéralement.

Pas de signes de tabes.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Amaigrissement de 22 kilogrammes depuis le début des accidents.

Poids 58 kgr. 600.

Examen radioscopique. — Le cachet de bismuth après un léger arrêt au niveau de la sténose passe en se déformant. Le lait de bismuth s'arrête et séjourne dans *une dilatation*.

27 mai. — Poids 55 kgr. 500. Impossibilité de passer une sonde.

31 mai. — 55 kilogrammes.

Deuxième examen radioscopique. — Le rétrécissement siège au niveau de la troisième vertèbre dorsale.

2 juin. — On institue un traitement anti-syphilitique.

Injection de biiodure de mercure.

13 juin. — Aucun aliment ne peut franchir l'obstacle œsophagien.

14 juin. — La gastrostomie est alors pratiquée.

Le malade rentre dans le service, douze jours après. Sa cicatrice est en très bonne voie de guérison. L'état général est assez bon.

28 juin. — Température 39°8,

On trouve à l'auscultation quelque râles sibilants .

La respiration est sensiblement diminuée au sommet droit.

29 juin. — Température 38 degrés.

Le malade prend, par sa bouche gastrique, 2 litres de lait et 6 œufs.

Il a des régurgitations de salive très abondantes.

1er juillet. — *Troisième examen radioscopique*. — Le lait de bismuth s'arrête au même point ; il s'accumule dans une dilatation, au-dessus de la sténose.

La voix est couverte de plus en plus.

Salivation continuelle.

10 juillet. — L'examen laryngoscopique fait par M. Lermoyez montre une paralysie de la corde vocale gauche.

Poids 48 kgr. 800

20 juillet. — Même alimentation par sa bouche gastrique.

Dysphonie de plus en plus marquée. Salivation continuelle.

Poids 48 kilogrammes. Température 38 degrés.

24 juillet. — La plaie semble en bon état. La malade est hospitalisé à Brévannes.

De tout cela, que conclure ?

Auparavant, nous voulons revenir encore sur la déclaration que déjà nous avons faite au commencement de ce travail. Ces cas de cancer œsophagien à début brusque n'ont pas toujours été affirmés par l'autopsie ou l'œsophagoscopie. Seules, les observations I, II, X échappent à cette critique.

Toutefois, nous devons dire que le diagnostic de cancer n'a été porté dans les autres cas qu'après une étude et une observation minutieuses. De nombreux examens radioscopiques ont été pratiqués ; toujours ils ont montré des signes de sténose organique. L'évolution de l'affection, surtout, a rendu, dans chacun de ces cas, très vraisemblable, le diagnostic émis. Et nous avons déjà dit combien peu fréquentes, en somme, sont les erreurs de diagnostic faites chez des malades suivis aussi longuement et aussi sérieusement.

En présence d'un tel mode de début, une première hypothèse traverse l'esprit. Il doit s'agir, pense-t-on, d'un spasme de l'œsophage. Tout en

effet semble l'indiquer. C'est le même début brusque (toutes nos observations) ; les sujets sont quelquefois jeunes (obs. I) ; c'est encore une impossibilité plus marquée, dès les premiers jours, pour la déglutition des liquides que pour celle des solides (obs. II).

Lorsque, ensuite, l'examen radioscopique pratiqué sur de semblables malades dévoile une dilatation au-dessus de la sténose, on songe à la possibilité d'une dilatation primitive de l'œsophage (obs. IV, X, XI). On pense alors aux cas recueillis et publiés dernièrement par M. Guisez dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif* (juillet et août 1909), sous le titre de « Spasmes graves de l'œsophage ». Il est en effet de très grandes analogies entre ses observations et les nôtres. Pour les rendre plus évidentes, nous allons en quelques mots résumer la partie de ce travail qui nous intéresse.

Les spasmes graves de l'œsophage, d'après M. Guisez, se montrent de préférence à la région supérieure cervicale et à la région inférieure cardiaque. Ces deux régions, de par le développement important de fibres circulaires à leur niveau, constituent selon cet auteur deux véritables sphincters.

Le sphincter supérieur (bouche œsophagienne de Killian) ne s'ouvre qu'au moment de la déglutition. Il empêche le reflux des aliments dans le pharynx au moment où le canal musculaire œsophagien se contracte pour les faire progresser vers l'estomac.

Le sphincter inférieur, cardiaque, empêche leur retour dans l'œsophage.

En ces deux points, les spasmes selon M. Guisez se rencontrent fort souvent. Il en cite alors quelques exemples.

Il s'agit de malades cachectiques, mis pour la plupart dans l'impossibilité absolue de déglutir un aliment solide, voire même liquide. La symptomatologie, en un mot, simule à s'y méprendre celle d'un cancer de l'œsophage. De plus, la présence d'une dilatation au-dessus de la sténose est assez fréquemment notée. Et cependant, dans ces cas, l'examen œsophagoscopique ne montre aucune lésion organique de l'œsophage.

On voit donc l'importance qu'il y a, au point de vue du pronostic et du traitement, de faire un diagnostic précis. Est-ce un cardiospasme, un spasme grave de l'œsophage, une dilation primitive de cet organe ?

Est-ce au contraire un cancer de l'œsophage avec phénomènes spasmodiques très accentués ? Il est, en effet, de toute évidence que l'action prépondérante d'un spasme surajouté à la lésion œsophagienne peut, seule, expliquer le mode de début particulier de chacun de ces 18 cas.

Cependant, en lisant attentivement les observations de ces malades, on peut trouver quelques éléments de diagnostic.

C'est, d'abord, dans l'étude de l'évolution. Les cas rapportés par M. Guisez sont caractérisés tous

par leur longue durée. Certains de ses malades sont dysphagiques depuis près de dix ans. Tous le sont depuis, au moins, cinq ou six années. Or, ce fait n'existe pas dans nos observations. Au contraire, ces formes de cancer œsophagien à début brusque évoluent en général très rapidement. En un, deux, trois, ou quatre mois la gastrostomie est nécessaire, l'alimentation étant devenue impossible. (obs. II-XI.)

Le rejet abondant de mucosités accompagnant les régurgitations alimentaires ; l'exagération du réflexe œsophago-salivaire ; les petites hémorragies qui strient les régurgitations ; l'âge du malade sont encore des symptômes sur lesquels on peut tabler pour porter le diagnostic de cancer. Mais ils peuvent ne pas être aussi caractéristiques.

Puis, enfin, nous ne trouvons pas dans l'histoire de nos malades les brusques et déconcertantes variations dans la dysphagie signalées dans tous les cas de spasme idiopathique. Dans nos obervations, la dysphagie se manifeste brusquement, un certain jour, c'est vrai ; mais son évolution est ensuite progressive et régulière (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII). Les solides, subitement, ne sont plus tolérés, c'est encore vrai ; mais jamais dans la suite ils n'ont pu refranchir l'obstacle (obs. VIII et IX). La dysphagie se montre totale d'emblée pour toute alimentation ; c'est encore vrai ; mais elle n'a cédé que certains jours pour les liquides (obs. X, XI) et a toujours, dans la suite, existé pour les solides. Il y a spasme dans nos observations, c'est certain ; mais c'est un

spasme plus fixe, et dont la fixité semble tenir à la fixité de sa cause provocatrice : la tumeur.

Toutefois, ce ne sont pas là des signes de certitude. Et d'ailleurs la question spasme ou cancer se pose très fréquemment dès le début même de l'affection. La marche et la durée de la maladie ne pouvant fournir aucun renseignement, il faut alors les chercher dans les divers modes d'exploration de l'œsophage : radioscopie, cathétérisme, œsophagoscopie.

Radioscopie. — Cela ne veut pas dire qu'elle soit indiquée simplement dans ces cas douteux. Cet examen devrait être fait, en réalité, dans chaque cas de cancer de l'œsophage, tout au moins dans les cas récents. C'est d'ailleurs la règle de conduite adoptée par M. A. Mathieu qui prie M. Beclére d'examiner chaque malade venant le consulter pour des troubles de la déglutition.

Mais, tandis que dans les formes normales, la radioscopie est pratiquée surtout pour affirmer le diagnostic et préciser le siège de la tumeur, ici, dans ces cas particuliers on lui demande la nature de la sténose. Est-elle organique ou fonctionnelle ? Et très souvent, sa réponse est nette. Elle le sera d'autant plus, évidemment, que de nombreux examens faits à diverses reprises viendront la confirmer chaque fois.

S'agit-il d'un spasme ?

Le sujet, mis en bonne position derrière l'écran, prend un cachet de sous-nitrate de bismuth. Il est

alors possible de voir très nettement ce cachet s'arrêter en un point de l'œsophage, remonter et descendre violemment sous la poussée des contractions péristaltiques et antipéristaltiques de cet organe, et finalement tomber dans l'estomac, en entier. Quelques gorgées d'eau, prises avant sa disparition, l'entraînent encore plus rapidement.

Une bouillie préparée avec du bismuth s'arrête également à ce niveau, présente les mêmes mouvements d'ascension et de descente et tombe entièrement dans l'estomac sans donner l'impression de traverser un passage rétréci. Après l'ingestion de quelques gorgées d'eau, il ne persiste aucune trace de bismuth sur les parois œsophagiennes.

Avec le lait de bismuth (bismuth en suspension dans l'eau) mêmes constatations. Bien plus, le lait de bismuth traverse fréquemment l'œsophage sans arrêt.

S'agit-il d'une sténose organique ?

Le cachet de bismuth s'arrête en un point, il subit quelques mouvements rythmiques d'ascension et de descente, puis il se déforme, s'aplatit et franchit le rétrécissement en s'effilant.

La bouillie et le lait de bismuth s'accumulent au-dessus de la sténose et franchissent lentement la portion rétrécie en projetant sur l'écran une ombre d'autant plus étroite que la lumière de l'œsophage est plus réduite.

Tels sont les renseignements fournis par la radioscopie. Mais ils ne sont pas toujours aussi nets, et ne

suffisent pas dans certains cas à résoudre le problème.

Le cathétérisme de l'œsophage peut donner d'excellentes indications. Un spasme est souvent vaincu par une pression douce et prolongée, sans brusquerie. Un rétrécissement organique est parfois franchissable, lui aussi, mais le retrait de la sonde procure la sensation d'un ressaut lorsque l'olive franchit, en remontant, l'obstacle œsophagien.

Du sang, du pus, des fragments de tumeur sont quelquefois ramenés avec le cathéter : ce sont d'excellents signes de présomption de cancer de l'œsophage.

Mais ce procédé est trop aveugle, trop brutal, trop dangereux même ; aussi ne l'emploie-t-on plus que rarement dans le service de notre maître, M. A. Mathieu.

Et d'autre part certains spasmes ne cèdent pas devant la sonde. Il reste donc les mêmes doutes qu'après un examen radioscopique peu concluant.

L'œsophagoscopie nous semble alors formellement indiquée. Seule, elle peut donner la certitude ; et les quelques inconvénients de ce procédé toujours un peu brutal disparaissent devant l'importance des renseignements fournis.

Constatons cependant qu'un seul examen n'est pas toujours suffisant. Témoin les deux observations X et XI. Dans ces deux cas l'œsophage fut trouvé absolument normal lors de la première œsophagoscopie.

Toutefois, si on n'a pas dans la main l'instrumen-

tation et la pratique suffisante, nous avons vu qu'il est parfois possible, grâce à d'autres éléments, d'arriver très près de la vérité et souvent même de l'atteindre.

2° Début par une période de douleurs gastriques

Ce mode de début particulier s'observe assez fréquemment. L'apparition de la dysphagie est alors précédée d'une période plus ou moins longue de douleurs gastriques variables.

Nous en avons recueilli 27 cas. Tous concernent des malades atteints de cancer du cardia.

Nous envisagerons donc le *début gastrique* lorsque nous décrirons les formes cliniques du cancer de l'œsophage selon le siège de la tumeur.

II. — FORMES CARACTÉRISÉES PAR L'ABSENCE D'UN OU DE PLUSIEURS DES SIGNES CARDINAUX

1° Forme latente

Les symptômes habituels du cancer de l'œsophage font alors défaut.

Nous n'avons relevé aucun cas de cette forme particulière dans laquelle les sujets succombent cachectiques, sans avoir eu l'attention attirée du côté de leur œsophage.

Peut être sont-ils passés inaperçus ? C'est probable. Un certain nombre de décès, dont on ignore la cause, doivent relever, sans aucun doute, de cette affection. Témoin l'observation suivante. Elle ne rentre pas, à vrai dire, dans la catégorie des formes latentes ; mais, en raison des signes presque nuls de sténose œsophagienne qu'elle présente, elle ne nous semble pas trop déplacée dans ce groupe. Si, en effet l'autopsie, dans ce cas, n'avait pas été faite on n'aurait pas connu l'exacte cause de la mort.

OBSERVATION XII (Résumée)

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans qui vient un jour à l'hôpital à la suite d'un vif accès d'étouffement.

I était malade depuis deux mois ; sa voix était couverte.

Il se plaignait uniquement d'une toux légère et de quelques vomissements survenant à l'occasion de cette toux. Il n'accusait aucune dysphagie ; il n'était pas cachectique.

A l'examen on ne trouve aucune explication à sa dyspnée, très prononcée cependant. Son cœur, ses poumons, ses reins paraissent normaux.

On pense alors à une dyspnée d'origine laryngée.

Dans la nuit, le malade succombe brusquement.

On trouve à l'autopsie une perforation de la face postérieure de la trachée, étendue de 5 à 6 centimètres, large de 2 centimètres. On voit également quelques ganglions de volume moyen. Il s'agissait, en somme, d'un cancer de l'œsophage avec perforation trachéale.

Pas d'autres lésions, si ce n'est des reins un peu atrophiés.

Rien dans la moelle, le cerveau, les poumons, le cœur, l'aorte.

Donc, dans cette observation : dysphagie et cachexie nulles. Comme seuls symptômes : dyspnée, toux légère et quelques rares vomissements survenant à l'occasion de cette toux.

2° Absence d'un seul des signes cardinaux

Dans ce groupe, le diagnostic est possible, mais le tableau symptomatique est incomplet, il manque un des gros signes.

a) *La douleur.* — Nous avons déjà dit qu'elle n'est pas constante, 60 o/o de nos observations environ, ne la mentionnent pas.

b) *Les régurgitations* font défaut dans 17 ob-

servations, mais il n'en est guère que 6 qui soient très caractéristiques à ce point de vue. Les 11 autres concernent bien des malades qui n'ont jamais eu de régurgitations, mais aussi dont les efforts ont été dirigés vers ce but. Ils n'ont pas attendu de rejeter l'alimentation solide pour la supprimer : ils se sont nourris de liquides dès que la déglutition des mets consistants leur a paru quelque peu difficile. Les 6 autres ont, eux, pu déglutir toute alimentation, solide ou liquide, jusqu'à la période terminale. Jamais l'obstacle ne s'est montré totalement infranchissable, jamais une seule régurgitation ne s'est produite.

Dans ces cas, la tumeur s'étend plutôt en hauteur et n'oblitère pas complètement la lumière de l'œsophage. Mais, l'absence de régurgitations doit surtout tenir au peu d'intensité des phénomènes spasmodiques surajoutés.

FORMES D'APRÈS LA PRÉDOMINANCE D'UN SYMPTOME

Exagération du réflexe œsophago-salivaire de Roger

Dans la *Presse Médicale* du 14 décembre 1904 et du 4 mars 1905, M. le professeur Roger a étudié le réflexe œsophago-salivaire.

On avait remarqué que toute excitation de la muqueuse œsophagienne (passage du bol alimentaire, corps étrangers, cathétérisme) provoquait une abondante sécrétion de salive. M. H. Roger a montré que ce réflexe était sous la dépendance d'une irritation du nerf pneumogastrique, car la section de ces nerfs au-dessus de l'origine des récurrents le supprime.

Il semble que le cancer de l'œsophage soit également une des causes de l'exagération de ce réflexe. Déjà, en décrivant l'aspect des régurgitations alimentaires survenant au cours de cette affection, nous avons insisté sur la quantité toujours appréciable de salive accompagnant en chaque cas le rejet des aliments.

Nous nous sommes appuyé sur l'autorité de M. Mathieu pour dire que c'est là un signe de présomption de cancer de l'œsophage.

Mais il est des cas où l'exagération de ce réflexe œsophago-salivaire est très marquée. Dans nos observations il en est 27 où ce phénomène constitue l'un des symptômes sur lequel les malades insistent le plus particulièrement. Mais là encore, il y a des degrés :

a) Dans 8 cas, la quantité de mucosités œsophagiennes et de salive qui accompagne le rejet des aliments, se trouve notablement accrue ;

b) Dans 14, il se produit, soit le matin au réveil, soit dans la journée, soit enfin dans la nuit un ou plusieurs rejets abondants de salive sans relation avec l'heure des repas ;

c) Dans 5 cas enfin, le ptyalisme est constant. Les malades ont alors, comme ils le disent, de la salive *plein la bouche*, *continuellement*.

a) Dans le premier cas, ce n'est donc en somme que l'exagération en quantité du rejet de salive accompagnant normalement la régurgitation alimentaire au cours du cancer de l'œsophage.

Tout semble alors se passer comme si le bol alimentaire arrêté au niveau de la sténose jouait en cet endroit le rôle d'un corps étranger, ajoutant son irritation à celle exercée par la tumeur sur la muqueuse œsophagienne. La sécrétion de salive s'exagère, et celle-ci reflue dans la bouche avec les aliments qui viennent d'être ingérés.

Nous avons déjà fait remarquer cette particularité dans l'observation VII (p. 43).

OBSERVATION XIII

Ch..., quarante ans, atteint de cancer du cardia. Après une période de douleurs gastriques ayant duré deux mois, il éprouve un jour une certaine gêne au passage des aliments. Bientôt, ceux-ci subirent un temps d'arrêt marqué dans leur traversée œsophagienne. Puis enfin ils refusèrent de passer. Dès ce moment il eut, à chaque essai d'alimentation solide, une sensation de boule vers la partie inférieure de l'œsophage, et ces aliments il dut alors chaque fois les rejeter, sans efforts, *avec des mucosités et de la salive en quantité considérable.*

OBSERVATION XIV (Résumée)

P... quarante-quatre ans. Cancer de l'œsophage siégeant au tiers inférieur.

Début il y a deux mois. Dysphagie progressive aux solides. Actuellement impossibilité presque absolue de les déglutir. S'il ne prend pas soin de les finement diviser et de les prendre par petites quantités, il a la sensation (c'est le malade qui parle) que son œsophage se rétrécit, se resserre sur cette bouchée alimentaire et il doit la rejeter, sans efforts du reste, avec la *valeur d'un grand verre de liquide clair et filant*

Telles encore trois autres observations absolument analogues et que nous jugeons inutile de citer

D'autres fois ce rejet de salive se produit également aussitôt l'arrêt dans l'œsophage d'un fragment

alimentaire solide, mais ce dernier n'est pas rejeté. Il semble alors que les aliments en arrivant au niveau de la sténose provoquent un déplacement de la salive accumulée en ce point.

OBSERVATION XV (Très résumée)

L..., femme, cinquante-huit ans. Cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Le cachet de bismuth stationne à ce niveau, et passe en se déformant.

A chaque déglutition, la malade a la sensation que le bol alimentaire s'arrête à la pointe de l'appendice xyphoïde, et elle rejette sans efforts *une quantité considérable de liquide clair et filant.*

Jamais de régurgitations alimentaires.

b) Dans le deuxième type, c'est tantôt le matin au réveil, tantôt dans la journée, tantôt dans la nuit, mais toujours en dehors des régurgitations alimentaires, que le malade rend ainsi le plus souvent sans efforts, 200 ou 300 grammes de salive. Ce fait peut se reproduire plusieurs fois dans la journée et donner à la fin de celle-ci une quantité de salive variant entre 1/2 litre et 1 litre 1/2.

Ces faits constituent ce que M. Dieulafoy désigne sous le nom de « régurgitations salivaires » et encore « sorte de vomique de mucosités ».

Nous n'allons pas citer ces 15 observations. Nous en détachons deux tout simplement. Les 13 autres sont calquées pourrait-on dire sur le même modèle.

OBSERVATION XVI (résumée)

Th..., cinquante-trois ans, cancer de l'œsophage au niveau du cardia. Mort. Pas d'autopsie.

Début il y a six mois par une période de douleurs gastriques.

Puis la dysphagie s'est installée progressivement, pour les solides d'abord puis ensuite pour les liquides.

Actuellement il rejette tous les aliments aussitôt leur ingestion. De temps à autre, dans la journée il rend, avec des efforts de toux, *la valeur de 200 ou de 300 grammes de liquide filant. Une nuit il en a rempli une pleine cuvette*

OBSERVATION XVII (résumée)

M..., cancer de l'œsophage : 1/3 inférieur.

Accuse depuis dix-huit mois une dysphagie progressive pour les solides d'abord, puis ensuite pour les liquides. Ceux-ci maintenant passent très difficilement. Il se plaint en outre d'oppression, d'étouffement. Ces phénomènes s'accentuent après chaque prise de lait. *Le matin à jeun, rejet de 300 à 400 grammes de liquide filant,* faisant disparaître pendant un certain temps les malaises qu'il accuse.

Telles encore 13 observations en tous points semblables.

De leur examen il résulte que :

1° Le rejet de salive apparaît selon ce mode lors-

que la dysphagie est complète pour les solides, et lorsque déjà les liquides passent très difficilement.

Il semble donc que ce soit un symptôme de la période avancée du cancer de l'œsophage. Certains de ces malades ont, du reste, présenté dès le début, du ptyalisme selon le type précédent avant d'accuser celui-ci.

L'accumulation de salive doit alors se faire, de façon continue, au niveau de la sténose. Lorsque sa quantité devient appréciable elle amène de l'oppression, de l'angoisse et parfois même de la toux. Puis enfin lorsqu'elle est plus considérable encore, il y a rejet ; et cette régurgitation salivaire fait disparaître la sensation pénible d'oppression et d'angoisse accusée par ces malades.

2° Il s'agit dans tous ces 15 cas, sauf 2, de néoplasme siégeant au tiers inférieur de l'œsophage ;

3° Dans 6 cas l'examen radioscopique met en évidence l'existence d'une dilatation au-dessus de la stricture.

Ce sont là autant de circonstances qui facilitent l'accumulation de salive en un point de l'œsophage.

c) Dans le dernier type enfin, la salivation est continuelle. Ce fait semble se produire de préfence à la période ultime de l'affection, quatre observations consignent cette éventualité.

Nous en résumons très rapidement deux d'entre elles.

OBSERVATION XVIII (Résumé)

L..., (opéré gastrostomie) pour un cancer siégeant au tiers inférieur de l'œsophage. Douze jours après l'opération il entre dans le service. Les troubles de la voix s'accentuent.

Il rend continuellement par la bouche, de la salive en grande abondance.

Un exameu radioscopique montre un arrêt complet du bismuth immédiatement au-dessus du diaphragme.

Un examen laryngoscopique montre une paralysie de la corde vocale gauche.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Cancer du cardia. — Mort. — Autopsie.

Début il y a un an. Il a commencé à saliver continuellement, trois mois environ avant sa mort. Il remplissait, chaque jour, plus de deux crachoirs de liquide filant, visqueux.

Une seule observation montre cette salivation continuelle existant dès le début du cancer de l'œsophage.

OBSERVATION XX (Résumée)

M..., soixante-six ans, Cancer de l'œsophage. Mort de broncho-pneumonie consécutive à une perforation trachéale.

Le signal symptôme de l'affection fut une salivation permanente. Le malade *bavait* continuellement dans la journée. Chaque nuit il en remplissait un crachoir blanc d'hôpital.

Pendant longtemps ce signe a existé seul avec une dysphagie marquée d'abord pour les potages.

IV. — VARIATIONS DANS L'ÉVOLUTION ET LA DURÉE

Si nous envisageons maintenant, non plus le début ou chaque symptôme du cancer de l'œsophage, mais son évolution et sa durée, nous constatons les quelques paricularités suivantes.

1° Forme commune

L'évolution est régulière. Chaque jour les symptômes sont plus accusés, et la cachexie survient sans que l'affection se soit arrêtée un seul instant dans sa marche progressive vers la mort.

La durée ne dépasse pas l'année ; elle est comprise entre six et douze mois. Cette forme commune s'observa dans 78 o/o de nos observations.

2° Forme avec évolution entrecoupée de périodes d'accalmie et de rétrocession des symptômes

Elle est relativement rare ; nous en possédons 11 cas. Elle caractérise donc 10,5 o/o de nos observations.

Ces périodes d'accalmie sont d'ailleurs toujours fort courtes : pendant quelques repas, quelques jours, rarement pendant plus d'une semaine nos 11 malades ont pu reprendre une alimentation qu'ils avaient abandonnée.

Ces intermittences diffèrent sensiblement de celles qu'on observe généralement dans l'évolution d'un spasme de l'œsophage. Dans ce dernier cas, la dysphagie s'installe d'ordinaire brusquement, de préférence chez un sujet jeune. Elle est habituellement totale d'emblée pour toute alimentation, mais elle peut certains jours céder complètement et permettre le passage d'un aliment quelconque. Elle réapparaît ensuite, de nouveau complète pour disparaître encore, et cela sous l'influence des moindres émotions, très capricieusement.

Dans nos 11 observations, l'évolution est moins désordonnée. Quand la dysphagie n'est absolue que pour les aliments solides seulement, il peut se trouver des jours pendant lesquels ces mêmes aliments solides passent sans trop de difficultés. Mais quand il y a impossibilité absolue de déglutir un aliment quelconque *soit solide*, *soit liquide*, nous n'avons alors enregistré que ce fait : *les liquides*, à certains repas, ont pu franchir l'obstacle, mais toujours *les solides* ont été rejetés.

Ces cas de cancer œsophagén avec intermittences dans la dysphagie montrent bien que la tumeur ne constitue pas à elle seule l'obstacle au passage des aliments. En plus de cette lésion organique il y

a spasme de l'œsophage et sa disparition permet alors une alimentation précédemment impossible. Mais ces cas montrent également qu'après la retrocession du spasme, il reste encore un obstacle au passage du bol alimentaire, obstacle qui, lui, ne peut pas disparaître et réapparaitre ainsi sous l'influence des moindres causes. Ils prouvent, du moins, que le spasme est ici plus fixe qu'un spasme idiopathique, car s'il ne cède jamais complètement c'est qu'il est entretenu en permanence par une lésion organique.

De cette forme de cancer œsophagien avec dysphagie intermittente nous possédons une observation très intéressante qu'a bien voulu nous communiquer M. le Dr Millon. Nous allons la citer, surtout parce qu'elle concerne *une jeune malade de vingt-huit ans*. Vu l'âge, vu les intermittences dans la dysphagie, le diagnostie de spasme fut porté ; seule, l'œsophagoscopie vint préciser la nature exacte de la sténose.

OBSERVATION XXI

(Communiquée par M. le Dr Millon.)

Mme V..., vingt-huit ans.

Nervosisme très marqué. Pleure et rit très facilement.

En septembre 1909 elle éprouve une gêne intermittente à la déglutition des solides d'abord. Cette gêne apparaît ensuite à la déglutition des liquides. Mais elle est instable ; elle dispa-

paraît pendant quelques jours pour réapparaître ensuite plus marquée.

En décembre apparaissent des douleurs lors du passage des aliments. C'est une sensation très pénible de poids, d'étouffement à siège maximum xyphoïdien. Les solides à ce moment passent à peine et les liquides ne sont tolérés que si elle les prend avec précaution.

Les douleurs s'exagèrent ; elles tendent à devenir presque continuelles. Elles provoquent de véritables crises nerveuses : la malade s'agite, pleure, et se met subitement à rire si dans la conversation quelque phrase lui paraît un peu amusante.

Devant ces symptômes, M. le professeur Hayem conclut à une affection nerveuse. La malade est isolée, et on essaie de la réalimenter.

Les douleurs à la déglutition continuent.

Le lait et les liquides sont seuls tolérés, mais d'une façon très variable. Pendant deux ou trois jours la malade peut le déglutir, puis subitement elle le rejette.

Pendant une période de calme, on tente de passer une sonde. Elle ne peut être conduite jusque dans l'estomac, et lorsqu'on la retire, son extrémité est rouge de sang.

L'isolement ne l'améliorant pas, la malade rentre chez elle. Elle souffre toujours et vomit son lait par périodes.

25 janvier 1910. — Son poids est de 48 kilogrammes. Elle pesait 62 kilogrammes avant. Elle a donc perdu 28 livres.

A ce moment, lorsquelle prend une tasse de lait, elle souffre, elle fait de grands efforts pour le déglutir mais peut l'avaler. Puis cinq ou dix minutes après, elle rend gorgées par gorgées la valeur d'un demi verre à Bordeaux de mucosités très filan-

tes, visqueuses, teintées de sang noir. Aucune trace de lait. Pas de suc gastrique ni d'acide lactique. Aucune odeur. Pendant la journée elle rend également de la salive ; elle en remplit un crachoir blanc d'hopital. C'est surtout lorsqu'elle est couchée que surviennent ces régurgitations salivaires, toujours teintées de sang noir.

25 janvier. — Examen radioscopique fait par M. Delherm. Un gros cachet de bismuth s'arrête pendant environ une minute vers le 1/3 inférieur de l'œsophage et passe dans l'estomac.

La bouillie de bismuth s'arrête au même point pendant deux minutes, présente des mouvements d'ascension et de descente et tombe dans l'estomac.

Tant que le bismuth n'a pas franchi l'obstacle, la malade accuse une douleur très vive. Il existe une légère dilatation au-dessus de la sténose.

A cette époque elle s'alimente, mais aux prix de grands efforts et de vives douleurs, avec 1 litre de lait et 2 ou 3 œufs.

2 février. — Depuis, elle n'a plus vomi de sang et n'a rendu que très peu de glaires.

M. Mathieu appelé en consultation donne une solution de cocaïne morphine contre les douleurs et lui fait prendre du lait, par petites gorgées et à doses progressives, avec 10 grammes de citrate de soude par litre.

Pendant trois jours tout va bien. Les douleurs sont peu marquées. Le quatrième jour, à midi, elle peut prendre même 1/4 de litre de lait, lentement, en une fois. Le soir, brusquement, elle rejette tout le lait qu'elle essaie de prendre. Elle rend en même temps une grande quantité de glaire sans traces de sang.

On doit alors l'alimenter avec des lavements nutritifs.

8 février. — M. Bensaude pratique un examen œsophagoscopique. Le tube s'arrête à l'union des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur. A ce niveau, on voit que l'œsophage est obstrué par des bourgeons rougeâtres, saignant spontanément, ayant l'apparence des bourgeons néoplasiques. L'œsophage n'est pas totalement obstrué, mais sa lumière est presque insignifiante.

9 février. — *Gastrostomie faite par M. Picqué.*

3° Formes lentes

Nous en possédons 6 cas.

La dysphagie, dans ces observations, est à peine marquée un an ou dix-huit mois après le début des accidents ; la douleur à la déglutition manque ; l'alimentation ordinaire est possible jusqu'à la période cachectique ; les régurgitations ne se sont jamais produites.

La durée de la maladie, dans un de ces cas, est de deux ans et demi.

Une légère gêne au passage des bols alimentaires trop volumineux en est fort longtemps le seul symptôme. L'amaigrissement est presque insignifiant pendant près d'une année.

La dysphagie à peine esquissée, les régurgitations nulles, semblent indiquer une faible réaction de l'œsophage à l'irritation causée par la tumeur. L'alimentation, par suite, étant facile, la cachexie apparaît plus tardivement.

4° Forme rapide

Nous en avons recueilli 7 cas.

La durée totale, depuis l'apparition de la dysphagie jusqu'à la mort, n'excède pas deux mois et demi à quatre mois. La gastrostomie, du moins, est nécessaire après cinq semaines (Obs. II) ou après sept semaines (Obs. XI).

Le spasme est dans cette forme très accentué. Dans 4 observations, en effet, la dysphagie débute brusquement. Dans une autre ce sont les liquides qui, dès les premiers jours, sont seuls rejetés. Dans 3 enfin, les malades accusent une sensation d'arrêt des aliments au tiers supérieur de l'œsophage, alors que l'autopsie vient montrer plus tard un épithélioma siégeant au tiers inférieur.

D'autre part, les régurgitations apparaissent rapidement. C'est dans 1 cas, en huit jours ; dans 1 autre en quinze jours ; dans 2 autres, en trois semaines que les aliments solides sont rejetés aussitôt leur ingestion.

Puis enfin, des douleurs très intenses, à crier, sont signalées dans chacune de ces 7 observations.

En raison de ces douleurs et de ces régurgitations précoces, l'alimentation est presque impossible en un mois.

L'amaigrissement est alors très rapide et l'on peut constater chez ces malades des pertes de poids de 42 à 46 livres survenant en l'espace de deux mois.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

(*Suite*)

B. — Formes anatomiques

1° Selon le siège de la tumeur

Il ne paraît pas exister de différences bien sensibles entre un cancer siégeant au tiers supérieur de l'œsophage et un cancer siégeant aux tiers moyen et inférieur. Leurs manifestations sont presque identiques ; et la lecture attentive de chacune de nos observations ne nous semble pas autoriser d'autres conclusions que les suivantes.

a) Les cancers siégeant *au tiers supérieur* de l'œsophage se manifestent presque toujours par des régurgitations pénibles avec des efforts de toux qui font jaillir violemment les aliments par la bouche et quelquefois par le nez. Pareil fait est consigné neuf fois dans nos 11 cas de néoplasmes siégeant au tiers supérieur.

Ces régurgitations pénibles surviennent aussitôt les premières bouchées avalées. Dans un seul cas elles apparaissaient longtemps après l'ingestion des ali-

ments, mais la radioscopie mit en évidence la présence d'une dilatation au-dessus de la sténose.

Nous détachons d'une observation de cancer siégeant à la partie supérieure de l'œsophage le résultat de l'examen radioscopique pratiqué par M. Beclère, car il indique très nettement la façon dont les régurgitations se produisent dans les cas de néoplasmes haut situés.

OBSERVATION XXII (Très résumée)

L..., cinquante-six ans. Cancer de l'œsophage : au tiers supérieur. Mort de cachexie en huit mois.

Examen radioscopique du 7 novembre 1905.— Le cachet de bismuth s'arrête à la partie toute supérieure de l'œsophage. Sous les contractions de cet organe il remonte sans cesse dans la bouche et redescend soit dans le pharynx, soit dans le larynx et les voies respiratoires, provoquant des quintes de toux.

b) *Néoplasmes siégeant aux tiers moyen et inférieur*. — Dans ceux-ci, les régurgitations surviennent tout aussi rapidement après l'ingestion des aliments. Mais le rejet est moins brusque, moins violent ; il se produit sans efforts de toux, sous la poussée seule des contractions antipéristaltiques de l'œsophage.

La sensation d'arrêt des aliments, perçue par les malades en un point de l'œsophage, peut donner

quelques indications. Mais nous savons que c'est un signe souvent trompeur ; fréquemment un spasme arrête le bol alimentaire au-dessus de la tumeur.

c) *Cancers du cardia.* — Nous en avons recueilli 30 cas. C'est dire leur fréquence relative. 8 o/o des cas de cancers du tube digestif traités dans le service de M. Mathieu pendant ces cinq dernières années siègent donc au cardia.

Ils sont primitifs (24) ou succèdent à un cancer gastrique atteignant secondairement le cardia (6). Nous devons alors distinguer.

1° Cancers primitifs du cardia ;

2° Cancers du cardia secondaires à un cancer de l'estomac.

Cancers primitifs du cardia. — Nombre : 24.

Mode de début. — Vingt et une fois, le début est marqué par une période prémonitoire de douleurs gastriques variables, analogues à celles qui marquent le début d'un cancer de l'estomac.

Certains de ces malades souffrent, il est vrai, de l'estomac depuis fort longtemps déjà. Mais dans la majorité des cas, voici comment les choses se passent.

Ce sont des sujets ayant dépassé quarante ou cinquante ans, chez qui l'interrogatoire ne révèle aucun trouble dyspeptique antérieur. Depuis deux ou trois mois, rarement depuis plus longtemps, ils se plaignent de douleurs gastriques peu caractéristiques et généralement peu intenses. Ce sont d'ordinaires des brû-

lures légères se localisant au creux épigastrique d'autres fois heures après les repas ; ce sont encore, d'autres fois, des sensations de gonflement, de ballonnement survenant soit aussitôt après le repas, soit un peu plus tardivement. Bientôt enfin se montre la dysphagie ; dès lors le tableau symptomatique est semblable à celui d'un néoplasme siégeant au tiers inférieur de l'œsophage.

Signes fonctionnels. — Dysphagie. — La sensation d'arrêt des aliments n'est pas toujours localisée au niveau du cardia.

Sur 18 observations où ces renseignements sont suffisants nous trouvons :

Sensation d'arrêt à la région épigastrique.....	13
— — médio-sternale....	3
— partie toute supérieure de l'œsophage....	2

Régurgitations. — Les régurgitations suivent toujours immédiatement l'ingestion des aliments.

Leur apparition plus tardive ne fait qu'indiquer la présence d'une dilatation au-dessus de la tumeur. Ces dilatations sont assez fréquentes puisque nous les trouvons huit fois signalées.

Si les aliments n'ont pas séjourné assez longuement dans une semblable dilatation, ils sont rejetés intacts. Toujours, ils sont mélangés à une quantité très appréciable de sécrétions œsophagiennes et de salive. L'exagération, plus marquée encore, du réflexe œsophago-salivaire est consignée sept fois.

Douleur. — La douleur semble plus fréquente que dans les autres cancers de l'œsophage.

Sur 24 cas nous trouvons :

Douleurs.....	18
— nulles..	6

Le point douloureux maximum répond à la région xyphoïdienne. Les irradiations se font habituellement entre les épaules, dans l'épaule gauche, la région thoracique gauche, la région précordiale.

La douleur est parfois continue. Mais le plus souvent elle n'apparaît qu'à l'occasion de la déglutition et persiste quelquefois pendant une demi-heure, une heure et même deux heures.

Symptômes de voisinage. — Ils paraissent au contraire moins accusés. La dyspnée n'est pas signalée. Les troubles de la voix existent dans 3 cas seulement et la toux dans 4.

Signes généraux. — Ce sont les mêmes. Cependant *l'appétit est, ici, nul dans tous les cas*, et il existe *du dégoût électif pour la viande dans tous les cas, sauf 2.*

OBSERVATION XVIII (très résumée)

M..., a soixante et un ans. *Atteint de cancer du cardia. Autopsie.* Il y a seize mois, le malade a commencé à souffrir, environ une heure après le repas. Ces douleurs, vagues, sans caractère précis, duraient une heure ou une heure et demie. Dès

cette époque, perte d'appétit et dégoût électif pour la viande.

Pendant quatre mois, état stationnaire, marqué par ces seules douleurs gastriques. Puis, il éprouve une certaine gêne à la déglutition. Il est obligé peu à peu de supprimer de son alimentation toute nourriture solide. Quatre mois après, le pain, la viande, les purées de légume même ne sont plus tolérés. Il les rejette, sans efforts, aussitôt leur ingestion.

Depuis trois mois, salivation continuelle.

Il entre alors à l'hôpital. Toute nourriture, solide ou liquide est rejetée. Cependant, certains jours, il peut prendre deux litres de lait.

Examen. — Râles sous-crépitants en arrière, aux deux sommets. Crachats purulents dans lesquels on trouve des bacilles de Koch.

La palpation de l'estomac est négative.

Mort un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : Poumons. — Infiltration tuberculeuse diffuse. Cavernules aux deux sommets.

Œsophage. — Cancer du cardia permettant à peine le passage du petit doigt, s'étendant en haut, en surface jusque vers le milieu de l'œsophage, s'arrêtant en bas nettement à l'entrée de l'estomac.

Estomac. — Distendu, parois très minces.

Cancers secondaires du cardia. — Nombre 6

Douleurs gastriques, anorexie, dégoût électif, amaigrissement, anémie, vomissements hématiques, melœna précédent l'apparition de la dysphagie. Celle-ci installée, l'analogie est presque parfaite avec la forme précédente. Cependant, dans chacun

de ces 6 cas il fut donné de sentir à la palpation, sous le rebord des fausses-côtes du côté gauche, une zone d'induration plus ou moins étendue, appréciable surtout lorsque le malade est placé dans le décubitus latéral droit.

OBSERVATION XXIV (Très résumée)

S..., charpentier, vient consulter pour de la dysphagie en octobre 1906.

Début il y a plus d'un an par douleurs gastriques peu intenses, sans grands caractères et perte d'appétit.

Sept mois plus tard ces douleurs s'accentuent. Elles sont continues, à siège épigastrique et irradiations dans le dos, et très intenses, « à crier ». Perte totale d'appétit et dégoût pour la viande.

En même temps apparaît la dysphagie. Les solides, peu à peu sont rejetés aussitôt leur ingestion avec glaires abondantes et parfois avec de petites particules noirâtres semblables à des « grains de tabac ». Cinq mois après les liquides à leur tour ne passent plus.

Examen. — Estomac très dilaté. Vaste bruit de flot, le malade étant à jeun. Grosse induration des parois.

Mort un mois après son entrée dans le service.

Autopsie. — Cancer de l'estomac occupant la région de la petite courbure. Le cardia est également atteint. Il est complètement oblitéré.

Tels sont les caractères des cancers primitifs et secondaires du cardia. Leur diagnostic en est généralement aisé.

Mais souvent la question : spasme ou cancer se pose encore. Parfois, en effet, un cancer du cardia débute brusquement, tel un cardiospasme. Ce fait, nous le trouvons signalé dans une observation. Nous la résumons en quelques mots.

OBSERVATION XXV (Résumée)

F..., cinquante et un ans. Au cours d'une excellente santé, il a ressenti brusquement en buvant un verre de vin une sensation de constriction à la gorge avec étouffement. Il a été obligé de rejeter ce liquide presque aussitôt ; depuis lors, dysphagie progressive, aux solides d'abord, puis ensuite aux liquides. Le passage des aliments est très douloureux.

Anorexie. Dégoût électif.

Sept mois plus tard, les liquides ne passent plus. Certains jours cependant il peut prendre 2 lit. 1/2 de lait.

Mort dans le huitième mois de la maladie.

Autopsie. — Tumeur de la grosseur d'une mandarine, au niveau du cardia. La lumière du canal admet à peine une sonde cannelée. Cette tumeur s'étend sur une longueur de 5 centimètres et ne pénètre pas dans l'estomac.

Dans d'autres cas enfin, la palpation découvre une tumeur gastrique ; mais il existe en même temps des troubles de la déglutition. La dysphagie est-elle alors due à un spasme du cardia ou à l'extension au cardia du néoplasme gastrique ?

Nous avons précédemment indiqué les divers renseignements fournis par la marche et l'évolution de la maladie, différentes en général, selon qu'il s'agit d'un spasme ou d'un cancer.

La radioscopie donne également de précieuses indications ; mais très souvent on n'arrivera au diagnostic certain qu'après un ou plusieurs examens œsophagoscopiques. Ce sont encore là deux de ses indications formelles.

2° Néoplasmes œsophagiens avec rétro-dilatation : Nombre 18

Les dilatations de l'œsophage au-dessus de la tumeur sont signalées dix-huit fois sur nos 134 observations. Elles accompagnent, sauf 1 cas, un cancer de l'extrémité inférieure, principalement du cardia (8 dilatations œsophagiennes sur 30 cancers du cardia),

Souvent — cinq fois sur dix-huit — la symptomatologie de l'affection n'est aucunement modifiée par leur présence.

En général, cependant, — treize fois sur dix-huit —les régurgitations se font plus ou moins longtemps après l'ingestion des aliments. Un semblable rejet alimentaire tardif n'existe donc pas en chaque cas de cancer de l'œsophage avec dilatation, car il faut sans doute qu'elles aient atteint des dimensions suffisantes pour que le retard apparaisse. C'est alors soit

cinq minutes, soit un quart d'heure, soit une demi heure, une heure, deux heures et souvent même plus longuement après l'ingestion alimentaire que surviennent, dans ces 13 cas, les régurgitations.

Les aliments rejetés sont à peine modifiés ; une quantité, toujours considérable, de mucosités œsophagiennes et de salive les accompagne ; leur odeur est en général fétide.

La position horizontale facilite ces régurgitations. 5 de nos malades sur 13 commencent à rejeter, dès qu'ils se sont mis au lit, les aliments qu'ils ont pris le soir avant de se coucher.

Sur un seul de ces malades, celui dont la dilatation siégeait dans le tiers supérieur de l'œsophage, on pouvait voir une grosseur se produire dans la région cervicale, lors de chaque repas. La compression de la trachée par les aliments accumulés dans cette cavité expliquait la dyspnée et la toux. Il n'avait qu'à presser avec la main sur son cou pour provoquer le rejet des aliments.

Quelquefois enfin, le cancer de l'œsophage, par la brusque apparition de la dysphagie et par la constatation, à l'écran, d'une dilatation au-dessus de l'endroit rétréci, peut simuler à s'y méprendre une *dilatation primitive* de cet organe. Nous avons cité *in extenso* la plupart de ces observations au chapitre : Début brusque (obs. IV, X, XI). Nous avons alors insisté sur la nécessité, qu'en pareil cas il y a, de recourir à l'œsophagoscopie avant de porter définitivement le diagnostic de dilatation primitive de l'œ

sophage,car seule elle peut donner la certitude ; mais aussi nous avons vu que la tumeur échappe parfois au premier examen (obs. X).

CHAPITRE VI

FORMES CLINIQUES

(SUITE)

C. — Formes dont la symptomatologie est modifiée par l'apparition d'une ou de plusieurs complications.

Nous allons, dans ce chapitre, énumérer les complications du cancer de l'œsophage signalées dans nos observations. Elles sont très nombreuses ; certaines même sont fréquentes au point d'être habituellement décrites au chapitre symptomatologie sous le titre de : Signes de voisinage.

Ces complications résultent habituellement de l'extension du néoplasme aux organes environnants.

Nous allons prendre chacun de ces divers organes en rapport avec l'œsophage et chiffrer la fréquence des complications à leur niveau.

1° Complications cardio-vasculaires

Hémorragies — Leur présence constitue l'un des meilleurs signes du cancer de l'œsophage. Malheureusement, elles sont rarement signalées. C'est

ainsi que sur la totalité de nos observations elles existent vingt-cinq fois seulement.

Ces hémorragies sont d'intensité variable.

a) *Petites hémorragies.* — Ce sont les plus fréquentes ; 15 fois sur ces vingt-cinq quelques filets de sang teintent légèrement les mucosités et la salive des régurgitations. Dans ce cas elles sont vraisemblablement dues à l'érosion des petits vaisseaux qui sillonnent la tumeur.

Parfois même, le sang n'apparaît qu'après un traumatisme exercé sur la tumeur par le cathétérisme ou l'œsophagoscopie.

b) *Hémorragies moyennes.* — D'autres fois, l'hémorragie est un peu plus abondante. C'est un demi-verre ou un verre de sang que les malades rendent de temps en temps. Généralement le sang est rouge. S'il a séjourné quelques instants dans une poche ou s'il est tombé dans l'estomac, il peut être noirâtre au moment du rejet.

Le sang dans ces cas, provient encore des petits vaisseaux qui sillonnent la tumeur, ou du tronc des artères œsophagiennes.

On peut, surtout si l'hémorragie a été assez abondante, retrouver le sang dans les selles grâce à la réaction de Weber.

Cette forme d'hémorragie moyenne est consignée 6 fois dans nos observations.

c) *Hémorragies abondantes.* — Nous en avons recueilli 4 cas. Les malades rejettent ainsi un quart de litre, un demi-litre, un litre de sang. L'un de nos

malades eut 4 hémorragies violentes en l'espace de dix jours.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

V..., soigné dans le service pour un cancer de l'œsophage ayant débuté fin décembre 1905. Au 22 février rien ne passe plus. Il a ce jour une hémorragie de 1 litre 1/2 environ de sang rouge avec quelques gros caillots.

27 février. — Nouvelle hémorragie (1 litre). Entre ces deux fortes hémorragies il en eut deux autres plus petites (200 à 300 grammes environ).

3 mars. — Il meurt d'hémorragie subintrante. La famille s'oppose à l'autopsie.

2° Complications laryngo-trachéo-pulmonaires

Elles sont très communes ; mais cependant elles n'existent pas dans tous les cas.

a) La dyspnée, la toux, les troubles de la voix sont signalés dans le tiers, à peine, de nos observations.

Ces troubles sont causés soit par la compression simple de la trachée et des bronches (par la tumeur, les adénopathies ou la portion dilatée de l'œsophage au-dessus de la sténose), soit encore par une lésion des nerfs récurrents ou pneumogastriques.

La lésion du récurrent amène une paralysie des cordes vocales ; la lésion du pneumogastrique est responsable des troubles circulatoires du côté du poumon.

Les lésions récurrentielles méritent de nous arrêter un peu plus longuement. Dans 3 cas où les troubles de la voix étaient très accusés, l'examen laryngoscopique fut pratiqué dans le service de M. Lermoyez. On trouva, chaque fois, une paralysie de la corde vocale gauche.

Genty signalait l'absence de troubles récurrentiels en cas de cancer bas situés. Dans ces 3 cas, il s'agit de néoplasmes siégeant : l'un au niveau de la troisième vertèbre dorsale ; le deuxième près du cricoïde ; le troisième dans le tiers moyen de l'œsophage.

b) D'autres fois enfin, les complications trachéo-pulmonaires relèvent d'une autre cause : *la perforation.* Celles-ci doivent être très fréquentes, puisque *sur les 15 autopsies* qu'il fut possible de pratiquer, on trouva :

Fistules œsophago-trachéales.....	2
Fistules œsophago-bronchiques.....	3

Ces perforations se manifestent par de la dyspnée et de la toux survenant à l'occasion de la déglutition. Cette toux est suivie d'expectoration alimentaire. L'un de ces cas présente une petite particularité qu'il nous paraît intéressant de signaler. Elle nous montre de plus une extension du néoplasme à la bronche.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

P..., maçon, quarante-huit ans, entre à l'hôpital le 19 octobre 1909 pour de la dysphagie.

Début il y a quatre mois par douleurs très intenses (sensation de déchirure) en avalant un morceau de pain. Puis dysphagie progressive, pour les solides d'abord qui ne passent plus depuis un mois.

Régurgitation des solides s'il essaie d'en prendre.

De temps en temps, dans la journée, rejet de mucosités filantes.

Voix enrouée depuis un mois.

A son entrée dans le service, *il a des quintes de toux* survenant immédiatement après l'ingestion des aliments, et il rend, mélangé à des crachats, un peu du lait qu'il vient de prendre.

Bientôt ses *expectorations alimentaires cessent*.

Mort en décembre 1909.

Autopsie. — Cancer de l'œsophage avec perforation dans la grosse bronche gauche et dans le cul-de-sac pleural inter-aorto-œsophagien gauche.

Mort par pleurésie putride et gangrène pulmonaire.

Histologie. — Epithélioma malpighien type à globes cornés.

La perforation de la bronche gauche avait été *secondairement oblitérée* par un bourgeon néoplasique développé à son niveau. Ce fait curieux explique la disparition de l'expectoration alimentaire.

3° **Du côté des poumons.** — Ces cinq fistules œsophago-bronchiques se compliquent de :

Broncho-pneumonie	2
Gangrène pulmonaire	1

4° **Du côté de la plèvre.** — Ces fistules se compliquent de :

Pleurésie purulente..... 2

D'autre part, un troisième cas de pleurésie purulente est dû à une perforation œsophago-pleurale.

OBSERVATION XXVIII (Très résumée)

B..., cinquante-sept ans, entre à l'hôpital pour de la dysphagie. Mère morte d'un cancer rectal.

Habitudes éthyliques.

Début par gêne progressive à la déglutition des solides, en juillet 1904.

Régurgitation de tout aliment solide en novembre.

Janvier 1905. — Les liquides passent très difficilement. Brûlures intenses à la déglutition et en dehors d'elle, à tout instant de la journée. Douleurs surtout marquées la nuit, dans le dos, entre les deux omoplates.

Février 1905. — Troubles de la voix. Quintes de toux fréquentes.

Amaigrissement considérable. Etat cachectique.

Mort le 27 mars.

Autopsie. — Au niveau de la partie moyenne de l'œsophage un diverticule d'une poche cancéreuse fait largement communiquer l'œsophage à la plèvre droite et donne l'explication du pyopneumothorax survenu l'avant-veille de la mort.

D'autre part enfin, la pleurésie séreuse sans perforation de la plèvre est signalée deux fois.

La tuberculose se développe fréquemment chez les sujets atteints de cancer de l'œsophage.

Nous en trouvons 12 cas signalés.

CONCLUSIONS

1° *a*) Le cancer de l'œsophage n'est pas une affection très rare puisque 25 o/o des cas de cancers, dans notre statistique, siègent à son niveau.

b) Il est six fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme et il s'observe de préférence entre cinquante-cinq et soixante quatre ans. Il peut cependant se développer sur des sujets plus jeunes (vingt-huit et trente-deux ans).

c) Son siège de prédilection est dans le tiers moyen de l'œsophage.

2° *a*) Dans l'immense majorité des cas le début est insidieux, marqué par une gêne progressive à la déglutition des aliments solides. Deux à quatre mois plus tard, la dysphagie est d'ordinaire absolue pour ces mêmes aliments. Ils sont alors rejetés immédiatement après leur ingestion, mélangés à une quantité toujours appréciable de sécrétions œsophagiennes et de salive.

b) La douleur existe dans le tiers des cas seulement. Parfois elle n'apparaît qu'à l'occasion de la déglutition ; d'autres fois elle s'observe en dehors même des repas. Son point maximum est dans la région

rétro-sternale ; son irradiation dans le dos entre les deux omoplates est presque de règle.

c) L'anémie, l'amaigrissement, la perte de forces sont constants mais ils sont surtout appréciables à une période avancée de l'affection. L'appétit est conservé dans les deux tiers des cas ; le dégoût électif pour la viande est à peine signalé.

d) La marche du cancer de l'œsophage est fatale, régulière, progressive. Sa durée dépasse rarement une année.

3° Mais, la symptomatologie habituelle du cancer de l'œsophage varie en diverses circonstances.

a) Le début peut être d'une impressionnante brusquerie et simuler à s'y méprendre celui d'un spasme idiopathique. Le diagnostic, en pareil cas, hésite longtemps entre une sténose fonctionnelle et une sténose organique avec spasme surajouté. Les quelques signes de probabilité fournis par l'étude de l'évolution symptomatique et même par l'examen radioscopique peuvent parfois ne pas suffire. Seule alors— et c'est là une de ses indications formelles— l'œsophagoscopie tranche la difficulté.

b) La symptomatologie peut être très réduite.

Toutefois, la forme latente est exceptionnelle.

Plus fréquemment un seul des signes cardinaux manque : douleur. Régurgitations.

c) Certains symptômes au contraire prennent quelquefois une importance exagérée. Telle est la salivation. L'exagération du réflexe œsophago-salivaire est, à vrai dire, normale en chaque cas de cancer de l'œso-

phage. Mais souvent elle constitue le fait sur lequel les malades insistent le plus particulièrement ;

d) L'évolution, enfin, peut être très capricieuse. Une dysphagie intermittente rend alors presque complète l'analogie avec un spasme simple de l'œsophage, surtout si le sujet est jeune et de tempérament très nerveux. Seule encore, dans ces cas, l'œsophagoscopie pourra donner un diagnostic précis.

4°. — *a*) Peu de différences séparent, en clinique, les cancers siégeant au tiers supérieur des cancers siégeant au tiers moyen ou au tiers inférieur. La sensation d'arrêt des aliments en un point de l'œsophage est souvent trompeuse. Toutefois, les régurgitations semblent plutôt se produire avec des efforts de toux dans le cas de néoplasme haut situé.

b) Les cancers du cardia, par contre, semblent revêtir une forme un peu particulière. Leur début est toujours précédé d'une période prémonitoire de douleurs gastriques variables ; les douleurs au passage des aliments sont presque constantes ; l'appétit est toujours nul, et le dégoût électif pour la viande toujours signalé, sauf dans 2 cas.

Là encore, la ressemblance peut être certaines fois, presque parfaite avec un spasme grave du cardia (soit primitif, soit secondaire à un cancer de l'estomac). Mais, dans ces cas difficiles, l'examen œsophagoscopique s'impose et le doute ne persiste pas longtemps.

BIBLIOGRAPHIE

Agasse-Lafont. — Cancers de l'œsophage. Bull. et Mem. Soc. anat. Paris, mars 1905, p. 234.

Alfaro (G.-A). — Sobre un caso poco comun del cancer del esophago (sindrome mediastinico respiratorio, sin disfagia; tiroiditis de vecindad). Revue de la Soc. méd. Argentina, XVII, 359.

Antony. — Du réflexe-œsophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer de l'œsophage. Bull. Soc. Med. Hôp. Paris, 1905, p. 152-133.

Baur. — Ein Fall von primaren melanom des œsophagus. Rudolstadt, 1905.

Bell. — Stenosis of the œsophagus. Med. Forthuightly, XXXV, 177.

Bensaude et *Rivet.* — Les dilatations dites idiopathiques de l'œsophage. Arch. Mal. de l'app. digest., II, 344.

— Les cancers multiples du tube digestif. Gaz. des Hôp., 1907, p. 1323.

Bernard. — A propos de l'œsophagoscopie. Echo méd. du Nord, XII, 43, 1908.

Bert. — Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophagie. Thèse de Lyon, 1896.

Berthier. — Les sténoses du cardia. (Causes, signes, diagnostic.) Thèse de Paris, 1908.

— Un signe non encore décrit des rétrécissements de l'œsophage. Sem. méd., 1908, XXVIII, 87.

Bertier. — De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin. Thèse de Paris, 1885.

Bichalon et *Blum*. — Spasme douloureux de l'œsophage. Sialorrhée abondante. Aphonie complète d'origine névropathique. Rev. hebdom. de Laryng., 1908, XXIX, 459.

Bilhaut (M.). — Rétrécissement néoplasique de l'œsophage. Anévrisme de l'aorte. Utilité de la radioscopie pour établir le diagnostic. Ann. de Chirurg. et d'Orthopédie, 1908, XVI, 3.

Bohnstedt. — Ueber Verlauf, Dauer und Ausgang des Œsophaguscarcinomes, 8°. Leipzig, 1901.

Botella. — Valeur pratique de l'œsophagoscopie. Arch. int. de Laryng. Otol. et Rhinol., 1908, 16e année, 740.

Bouchut et *Gignoux*. — Cancer de l'œsophage propagé à la colonne vertébrale et déterminant une paraplégie brusque. Soc. nat. med. Lyon, 10 mai 1909.

Bousquet. — La gastrostomie. Thèse de Paris, 1890.

Bréhon. — Les polypes de l'œsophage et du pharynx laryngé, 8°, Lille, 1903.

Carnot (P.). — Le réflexe œsophago-lacrymal. Presse méd., 24 décembre 1904.

Castagnary. — Cancer de l'œsophage. Gaz. méd. de Nantes, 1900, XXVII, 275.

Cigna (de). — Contribution clinique au diagnostic des affections œsophagiennes par l'œsophagoscopie. Arch. int. de Laryng., 1909, XXII, 689.

Clermont (G.). — Le cancer de l'œsophage. Centre med., XII, 207.

Cammins. — Spasmons cells carcinomata of the œsophagus. New-York med. J., LXXVII, 289.

Desnos (E.). — Pathogénie des accidents pleuro-pulmonaires dans le cancer de l'œsophage. Revue mensuelle, 1889.

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne, t. II.

Erk. — Beitrag zur Lehre von der œsophagus carcinom. 8° Erlangen, 1900.

Foucault. — Contribution à l'étude de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie à l'aide de l'instrumentation de Brünings. Thèse de Paris, 1909.

Gaertig. — Untersuchungen ueber den Stoffweckel in einem Fall von carcinoma œsoph. 8° Berlin, 1900.

Galliard. — Les complications du cancer de l'œsophage. Méd. mod., n°s 41, 49, 57, 1896.

— Fistule œsophagienne compliquant un épithélioma de l'œsophage. Soc. méd. Hôpit. Paris, 27 juillet 1896.

— Les pleurésies polymorphes. Soc. méd. Hôp. Paris, 24 nov. 1899.

— Nouveau Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert, fascicule XV.

Galvin (E.-H.). — Considération sur l'étiologie et le traitement du cancer de l'œsophage, 1909.

Gaugolphe. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et P. Delbet, t. VI.

Gaucher et *Potel*. — Soc. méd. Hôp. Paris, 1890.

Gauthier (R.). — Le syndrome œsophago salivaire de Roger dans le cancer de l'œsophage. Arch. Mal. app. digestif, III, 590, 1909.

Gauthier (E). — Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage. Rôle du spasme. Thèse de Paris, 1904.

Geese (C.). — Zur Lehre von Speiseröhrenkrebse, 8° Kiel, 1902.

Gentes et Rock. — Carcinome de la partie inférieure de l'œsophage compliqué de gangrène pulmonaire et de pleurésie putride sans communication directe. Bull. Soc. Anat. et Physiol. de Bordeaux, 1900, XXI, 82-85.

Girart. — Gastrostomies pour cancers de l'œsophage, XI, 12, 1908. Soc. méd. de Genève.

Girode. — Société anatomique, 1891.

Godard-Danhieux. — Sténose du cardia et diverticulum de l'œsophage. Policlinique, XVII. Bruxelles, 193.

Gross. — Pathologie et clinique chirurgicale.

Guisez. — Trachéo-bronchoscopie et œsophagoscopie. (Actualités médicales).

— Du diagnostic, par l'œsophagoscopie, des sténoses et en particulier du cancer de l'œsophage. Arch. Mal. app. dig., II, 317.

— Etude œsophagoscopique et thérapeutique des spasmes graves de l'œsophage. Arch. Mal. app. digestif, III, 381-475.

— Des spasmes à forme grave de l'œsophage et principalement du cardiospasme. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp., Paris, 3e série, XXV, 407.

— De l'œsophagoscopie. Ses indications, ses résultats. Bull. Soc. de l'Internat des Hôp. de Paris, VI, 96.

— Valeur de l'œsophagoscopie au point de vue diagnostic et thérapeutique. Pres. méd., XVI, 97.

Les indications de la broncho-œsophagoscopie. Pres. méd., 12 mars 1910.

Guisez et *Barcat.* — Essais de traitement de quelques cas d'épithélioma de l'œsophage par les applications locales directes du radium. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp., Paris, 3e série, XXVI, 717.

Von Hacker. — Résection de l'œsophage pour cancer, XXXVIIe congrès. Soc. all. Chirurg. Berlin, 1908.

Von Hacker-Graz. — Zur Kenntnis des œsophagus sarkoms. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Jena, 1908.

Hartmann. — Traité de Chirurgie de L. Duplay et Reclus. Art. cancer de l'œsophage, t. V.

Heermann. — Ueber œsophagoscopie und Bronchoscopie. Münchener med. Woch., LVI, 1907.

Hughes. — Ueber nervœse stœrungen bei œsophagus-krebs. 8° Zurich, 1902.

Hüffel. — 50 Fælle vom speiserœhrenkrebs aus den Pathologischen, Institut zu Munchen. 8° Müncher, 1902.

Hüttner. — Ueber einen seltenen Fall von Œsophagus-carcinome in einem. Pulsions divertikel. 8° Leipzig, 1900.

Illig. — Die myome des œsophagus. 8° Giessen, 1894.

Jackronn. — Bronchoscopz aud œsophagoscopy ; gleanings from experience. I. Amer. med. association, LIII, 1909.

Kanler (O). — Klinische Beitrage zur œsophagoscopie und tracheo-bronchoscopie. Wiener med. Woch., LIX, 2401.

Killian (G.). — La bouche de l'œsophage. Ann. des Maladies de l'oreille, du larynx, XXXIV.

Krause (P). — Ueber einer interessanten Rœntgen befund-bei œsophagus divertikel vortanschte, zeits S. Electrol. Pediat., XXVI., 754.

Kœnig, — Deutsche Chirurgie, 1880.

Lang. — Œsophageal carcinoma. Amer Journ. of. surg, XXIII, 235.

Lacour. — Cancer de l'œsophage. Thèse de Paris, 1886.

Letulle. — Cancers multiples du tube digestif. Pres. méd. 15 mai 1897.

Lesieur, *Rome et Garin*. — Cancer de l'œsophage. Envahissement du duodénum par un noyau de généralisation secondaire ayant donné lieu à des symptômes spéciaux. Lyon médical, CXII, 1281.

Lévy. — Ueber die Resektion der Cardia. Centralblatt für Chirurg., 1894.

Marcou. — Suc gastrique et cancer de l'œsophage. Arch. gén. de méd., 83e année, t. II, 1906.

Marwedel. — Ein Fall von Resektion des œsophagus bei Carcinom. Beitrage zur Chir., t. XIX, p. 3, et Natur med. Verein, Heidelberg, 25 juin 1895.

Mathieu (A.) et *Laboulais* (A.). — Sur un cas de grande dilatation de l'œsophage. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, 3e série XXV, 254.

Ménétrier (P.). — Cancer. Nouveau Brouardel et Gilbert. fasc. XIII.

Michel. — Article œsophage. Dictionn. encyclopéd. des Sciences méd.

Morel-Mackenzie. — A manual of Diseases of the throat and Nose. London, 1884.

Munch. — Bronchoscopie et œsophagoscopie. Rev. hebd. de Laryngol., XXX, 326.

Munier (L.). — Formes cliniques et diagnostic du cancer de l'œsophage. Thèse, Bordeaux, 1898.

Myer (J.-S.). — The œsophagoscope as a diagnostic and therapeutic aïd in œsophageal obstruction. Report of cases. Med. Rec., LXXIV, 179.

Nurschl. — Ueber Leber metastasen bei œsophagus carcinom. 8° Wurtzbourg, 1901.

Parmentier et *Chabrol.* — Les cancers multiples du tube digestif. Arch. Mal. App. digestif, IV, I.

Pauchet. — Cancer de l'œsophage. Clinique III. Paris, 586.

Pigger. — Beitrage zur Lehre des speiserœhrenkrebs mit besonderer Berücksichtigung der neuesten diagnostischen und therapeutischen Bestrebungen. 8° Gottinger, 1899.

Pirie (G.-A.). — The diagnosis of œsophageal strictur. Arch. of the Rœntgen ray, XIII, 41.

Price et *Gib.* — A case of cancer of the œsophagus communicating with the right bronchus in which there was a complete absence of the usual symptoms. Lancet, 30 juin 1906.

Quénu. — Société de Chirurgie, 1903.

Rathery (F.). — Article œsophage. Manuel des Maladies du tube digestif de Debove-Achard-Castaigne. Paris, 1907.

Roger. — Réflexe œsophago-salivaire. Pres. méd., 14 déc. 1904-8 mars 1905.

Rosenheim. — Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiserœhre und des Magens, 1891. Berlin Klin. Wochenschr., 1895.

Schridde (H.). — Ueber die Epithelproliferationen in der embryonalen menschlichen speiseröhre. Wirschows Arch. Bd. 191. Heft. 2.

Scott. — A case of cancer the œsoph. simulat. thoracic anevrysme. Uni. Pens., 1904-1905, XVII, 331-335.

Tavel. — La gastro-jéjunostomie dans le traitement du cancer de l'œsophage.

Tenbacum. — Ein Fall von Carcinoma scirrh. der speiserœhre. In-8°, Münche, 1888.

Vergez. — De la gastrostomie à l'heure actuelle. Thèse de Bordeaux, 1896.

Vierling. — Ein Fall von latent verlanfeuden œsophagus carcinom. In-8°, Münche, 1900.

Wegener. — Das Sarkom der œsophagus. Giessen, 1904.

Zank. — Casuistik der gnartgen Gseschmülst der œsophagus In-8°, Giessen, 1904.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

I. — ETIOLOGIE 13

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE 17

III. — FORME COMMUNE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE... 21

IV. — FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE.. 35

1° Variations au anomalies de l'évolution symptomatique 36

a) Variations du mode de début 36

Début brusque 36

b) Absence d'un ou de plusieurs des signes cardinaux 61

c) Prédominance d'un symptôme 64

Exagération du réflexe œsophago-salivaire 64

d) Variations dans l'évolution et la durée 72

Forme avec dysphagie intermittente 73

Forme lente. — Forme rapide 77

V. — FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE (*s.*) 79

2° Formes anatomiques 79

a) Selon le siège de la tumeur 79

Cancers du cardia 81

b) Cancers de l'œsophage avec rétro-dilatation. 87

3° Formes dont la symptomatologie est modifiée par l'apparition de complications 91

VI. — CONCLUSIONS 99

VII. — BIBLIOGRAPHIE 102

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE ET Cie, 15, Rue Racine, Paris